



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

간호학석사 학위논문

비폭력대화 기반 분노조절
프로그램이 정신병동 입원환자의
자아존중감, 분노표현과 공격 행동에
미치는 효과

2019 년 8 월

서울대학교 대학원

간호학과 간호학 전공

김지연

비폭력대화 기반 분노조절
프로그램이 정신병동 입원환자의
자아존중감, 분노표현과 공격 행동에
미치는 효과

지도 교수 김성재

이 논문을 간호학석사 학위논문으로 제출함
2019 년 4 월

서울대학교 대학원
간호대학 간호학전공
김지연

김지연의 석사 학위논문을 인준함
2019 년 6 월

위 원 장 Hyeonung Choi

부 위 원 장

위 원

황보영

김성재



초 록

정신 장애를 가진 사람들 중 자해나 타해의 위험이 있거나 자살 혹은 타살의 위험, 건강이나 안전에 급박한 위험이 있을 때 정신과 보호병동에서 입원 치료를 받게 된다. 하지만 정신병동 입원환자들은 입원 자체를 부정적으로 여기며, 보호병동 내에서 입원이 부당하다는 생각에 분노를 느낀다. 정신병동 입원환자는 자신의 분노를 표현하는데 어려움을 겪고 있고, 이는 폭력, 자해 혹은 자살, 신체적·언어적 공격행동, 대인관계 손상과 직장 및 가정 내 관계의 단절, 사회 부적응과 같은 여러 문제를 일으킨다. 이에 본 연구에서는 정신과 보호병동에 입원한 환자의 자아존중감, 분노표현 및 공격행동을 관리하기 위해 비폭력대화 기반 분노조절프로그램을 구성하여 적용하고 그 효과를 평가해보고자 하였다.

프로그램의 전체 구성을 위해 Garofalo가 제시한 공격성 다중매개 모형(Aggression Multiple Mediation Model)을 바탕으로 하였고, Rosenberg의 비폭력대화 모형(Non-Violent Communication Model: NVC Model)의 원리와 기법을 활용하였다. 프로그램에 대한 예비조사와 전문가 검증 후, 회기당 평균 60분으로 진행되는 총 6회기의 개별 프로그램을 구성하였다.

유사실험연구로 비동등성 전후 대조군 설계로 진행된 본 연구에 참여한 최종 대상자는 일 대학병원에 정신건강의학과 보호병동에 입원한 환자로 실험군 23 명, 대조군 21 명을 합쳐 총 44 명이었다. 연구기간 동안 실험군은 주 2~3회로 총 6 회기의 비폭력대화 기반 분노조절프로그램에 참여하였고, 대조군은 병동에서 제공되는 기존 프로그램에 참여하였다. 자료 분석결과 실험군과 대조군의 분노표현($t = -2.425$, $p = .020$), 하위영역에 분노억제($Z = -2.835$, $p = .005$)의 사전-사후 점수의 변화량에 유의한 차이가 있음이 확인되었다. 반면, 두 군의 자아존중감($t = 1.557$, $p = .127$), 공격행동($t = .266$, $p = .792$)의 사전-사후 점수의 변화량에는 유의한 차이가 확인되지 않았다.

이상의 과정을 통해 본 연구의 비폭력대화 기반 분노조절프로그램은 정신병동 입원환자가 분노의 감정을 느낄 때 내면으로 분노를 억누르고,

적절히 분노를 표현하지 못하는 상태를 개선시켜주는 것을 확인하였다. 따라서 해당 프로그램은 정신병동 입원환자에게 적용할 수 있는 유용한 프로그램으로 활용될 수 있고, 본 연구의 과정과 결과는 정신과 간호사의 교육과 연구에 도움이 되는 기초자료로 활용될 것이다.

주요어: 비폭력대화, 자아존중감, 분노표현, 공격행동, 정신병동 입원환자
학 번 : 2014-20381

목 차

국문초록	i
I. 서론	1
1. 연구의 필요성	1
2. 연구의 목적	4
3. 용어의 정의	5
II. 문헌 고찰	6
1. 정신병동 입원환자	6
1) 자아 존중감	6
2) 분노와 공격행동	9
2. 분노조절 프로그램	15
3. 비폭력대화	18
III. 이론적 배경	22
1. 연구의 개념적 기틀	22
2. 연구 가설	25
IV. 연구 방법	26
1. 연구설계	26
2. 연구대상	27
3. 연구도구	28
4. 분노조절 프로그램	31

5. 자료수집절차	35
6. 연구분석	37
V. 연구 결과	39
1. 프로그램의 운영	39
2. 이상값.....	39
3. 실험군과 대조군의 동질성 검정	41
4. 가설 검정	44
VI. 논의	48
1. 분노조절 프로그램의 효과	48
2. 간호학적 의의	53
VII. 결론 및 제언.....	55
참고문헌	57
부록	73
영문초록	85

List of Tables

Table 1. Research design of the study	26
Table 2. Reliability of STAXI-K.....	29
Table 3. Reliability of AQ-K	30
Table 4. Sessions & Contents of NVC– based Anger management Program	33
Table 5. Outlier.....	40
Table 6. Homogeneity Test of General Characteristic between the Experimental and Control Group	42
Table 7. Mean Equality of baseline value between groups..	43
Table 8. Comparison of differences of Self–esteem between groups.....	44
Table 9. Comparison of differences of Anger–expression between groups	46
Table 10. Comparison of differences of Aggression between groups.....	47

List of Figures

Figure 1. Conceptual Framework of the studyl	23
Figure 2. Aggressive Multiple Mediation Model	24
Figure 3. Box plot (Outlier)	38

List of Appendix

부록 1. 연구 대상자 보호 심의결과 통보서	73
부록 2. 연구 참여자용 설명서 및 동의서	76
부록 3. 자료수집현황	81
부록 4. 프로그램 활동 자료.....	82

I. 서론

1. 연구의 필요성

정신질환을 지닌 사람들은 분노의 감정을 표현하는데 어려움을 겪는다. 분노의 감정을 과격하게 표출하거나 억제하면 폭력, 자해 혹은 자살, 신체적·언어적 공격행동, 대인관계 손상과 직장 및 가정 내 관계의 단절, 사회 부적응과 같은 여러 문제가 발생한다.

특히 자해 혹은 타해의 위험이 있거나 자살 혹은 타살의 위험, 건강이나 안전에 급박한 위험이 있을 때 정신과 보호병동에서 입원 치료를 받게 된다. 이곳에서는 약물치료를 통해 환자의 급성기 병증을 감소시킬 수 있고, 약물로 인한 부작용을 관찰할 수 있으며 퇴원 후 사회에 복귀하여 삶을 살아갈 수 있도록 환자의 사회기능을 향상시키도록 한다(Sharfstein & Dickerson, 2009; Zubi & Connolly, 2013).

하지만 정신병동 입원환자들은 입원에 대해 부정적으로 받아들이고 분노를 느낀다. 그 원인으로 입원이 부당하다는 생각, 외부활동의 차단, 지루함, 갇힌 느낌, 자율성과 자유를 박탈당했다는 생각, 투약, 소지품 및 제한이 많은 치료 환경, 의료진에게 평가 받는다는 생각, 가족과 지인과의 소통 단절 등이 있다(Nugteren et al., 2016; Zarshenas, Baneshi, Sharif, & Moghimi Sarani, 2017).

또한 정신병동에 입원한 환자는 증상의 재발로 입퇴원을 반복하는 자신이 삶을 통제하지 못했다는 생각에 좌절감과 수치심을 느끼고, 자아 존중감 저하를 호소한다(정재원, 장미영, & 신성희, 2018; 이재운 & 박현숙, 2017). 자아 존중감은 외부 자극에 저항할 수 있는 내면의 건강한 에너지로 작용하기 때문에, 자아 존중감이 낮아지면 인간관계 및 사회 적응에 어려움, 자해 및 자살사고와 우울감, 외로움이 발생한다(Creemers, Scholte, Engels, Prinstein, & Wiers, 2012). 또한 조현병 스펙트럼 장애, 주요 우울장애, 양극성 장애, 반사회적 인격 장애, 식이 장애 등의 정신질환을 지닌 경우에 자아존중감 저하가 더 빈번하게 나타난다고 밝혀져, 입원 기간 동안 대상자의 자아존중감을 관리하는데 초점을 맞추는 것이 중요하다(Akdemir et al., 2016; Horsselenberg,

van Busschbach, Aleman, & Pijnenborg, 2016; 김미영, 하수정, & 전성숙, 2015; 박재우 & 박기환, 2014).

자아존중감의 수준에 따라 분노표현의 차이가 크고 인지적 해석에 영향을 준다(Greenberg et al., 1992). 정신병동 입원환자에게 제공되는 프로그램은 자아존중감과 분노표현을 관리하는데 초점을 맞춰야 한다. 자아존중감이 낮은 사람은 우울이나 불안 수준이 높고, 자신을 평가절하하여 대인 관계에서 부정적인 결과를 회피하기 위하여 무의식적으로 분노를 억제한다(Malarchick, 2000). 자신을 향한 분노는 죄책감과 수치심을 불러일으킨다. 자아존중감, 의욕, 그리고 자기신뢰 등을 무너뜨리고(Engel, 2007), 분노를 적절하게 표현하지 못하면 무력감이 들고 자아존중감이 낮아진다. 이런 경우 결국 분노를 파괴적이고 공격적으로 표출한다(Garofalo, Holden, Zeigler-Hill, & Velotti, 2016). 또한 정신 질환이 있는 경우 공격성이 더 커진다는 연구에서(Fazel et al., 2015, 2014) 정신질환을 지닌 사람이 정상군에 비하여 자해 및 타해의 위험이 크기 때문에 예방적인 중재가 반드시 필요하다고 밝혀졌다. 특히 우울증이나 조현병을 가진 사람이 자살 시도와 타인을 공격할 확률이 더 높다고도 보고되었다.

분노와 공격행동에 저하된 자아존중감이 영향을 주므로, 입원 기간 동안 환자들이 손상된 자아존중감을 회복하고 적절히 분노를 표현할 수 있도록 도와야 한다(Garofalo, Holden, Zeigler-Hill, & Velotti, 2016; 김민정 & 이기학, 2014; 이재운 & 박현숙, 2017).

정신병동 입원환자에게 적용되어 왔던 기존의 프로그램들은 분노를 조절하여 공격행동을 감소시키는 것을 목표로 하였는데, 그 중에서도 인지행동치료(Cognitive Behavior Therapy, 이하 CBT)가 가장 효과적이라고 알려져 있다(Henwood, Chou, & Browne, 2015; Lee & DiGiuseppe, 2018; 구슬이 & 김진숙, 2017). CBT의 핵심 개념은 사고는 행동에 영향을 주고, 사고의 변화를 통하여 원하는 행동과 정서의 지속적인 변화를 도모할 수 있다는 것이다. 이는 대상자가 스스로 비합리적인 생각에 대항할 수 있는 대안적 사고를 적용해보는 인지적·행동적 작업이다(권준수 & 신민섭, 2015).

하지만 정신병동 입원환자들과 같이 정신병적인 상황이 오래 지속되어 수행능력이 전반적으로 떨어져 생각, 사건, 행동과 감정을 구분하는 능력이 감퇴되어 버린 경우에 CBT 적용이 어렵다는 견해도

있다(윤홍균, 2016). 또한 CBT는 공격행동을 하지 않도록 행위 변화에 주로 초점이 맞추어져 있어 공격행동을 하지 않도록 분노의 감정을 이해하고, 비합리적인 신념을 해결하여 적절히 대처하도록 안내한다. 이러한 치료법은 정신과 환자의 인지적 측면에 접근하여 분노를 다스려야 하는 이유와 변화과정을 다루기는 하지만, 분노 상황에서 어떻게 해야 하는지에 대한 구체적인 방법을 제시하지는 않는다. 상대방에게 적대감을 드러내거나 공격행동을 하지 않고서 화가 나는 자신의 감정을 어떻게 수용하고 문제를 해결할 수 있는지의 안내가 없는 것이다.

비폭력대화(Nonviolent Communication, 이하 NVC)는 정신 병동 입원 환자에게 유용한 중재가 될 수 있다. NVC란 자신의 욕구가 무엇인지 집중하고 자신을 깊게 이해하도록 하는 의사소통 방법이고, 분노를 조절하는데 매우 효과적이다(Rosenberg, 2004). NVC를 통해 분노를 조절하는 핵심은 분노의 감정을 통해 내면에 좌절된 욕구가 무엇인지 알고, 욕구를 발견한 이후에 분노에 대한 반응이 변화할 수 있다고 본다(Rosenberg, 2004). 연구 결과, NVC를 통해서 공격 행동과 폭력성이 감소하고 자기 연민과 공감의 능력이 향상되며(Blake, 2002), 환자와 치료진 간에 효과적으로 치료적인 관계를 형성할 수 있다고 보고되었다(Hulley, 2006; Cox & Dannahy, 2005). 즉, NVC는 자신 및 타인의 감정을 수용하고 분노를 객관적으로 인지하게 한다. 또 분노의 감정 이면에 있는 욕구가 무엇인지 알고, 공감하며 의사 소통할 수 있게 돕는다. 이러한 점들이 인지 변화를 통해 행동과 정서의 지속적 변화를 일으키도록 훈련하는 기존의 분노조절 프로그램과 차별된다.

이에 본 연구는 NVC 기반의 분노조절프로그램을 정신병동 입원환자에게 적용하고, 자아존중감, 분노표현과 공격행동에 미치는 효과를 확인하고자 한다. 이는 NVC 기반 분노조절 프로그램이 환자에게 제공할 수 있는 유용한 심리사회적 중재임을 입증하는 기초자료가 될 수 있을 것이다.

2. 연구의 목적

본 연구는 정신병동 입원환자에게 NVC 기반 분노조절 프로그램을 적용하여 자아존중감, 분노 표현과 공격 행동에 대해 미치는 효과를 확인하는 것이다. 이 연구의 구체적 목적은 다음과 같다.

- 1) 분노조절 프로그램이 정신병동 입원환자의 자아존중감에 미치는 효과를 확인한다.
- 2) 분노조절 프로그램이 정신병동 입원환자의 분노표현에 미치는 효과를 확인한다.
- 3) 분노조절 프로그램이 정신병동 입원환자의 공격행동에 미치는 효과를 확인한다.

3. 용어의 정의

1) 정신병동 입원 환자

일상생활 및 사회적, 직업적 기능의 장애가 있어, 장기간 병원 치료나 정신과 치료가 필요한 사람을 말한다. 본 연구에서는 서울 소재 S대학병원 정신건강의학과 보호 병동에 입원중인 환자를 말한다.

2) 자아존중감(Self-esteem)

자아존중감이란 자기 존중의 정도와 자신을 가치 있는 사람으로 생각하는 정도를 말하며, 본 연구에서는 Rosenberg(1965)가 개발하고 전병제(1974)가 번역한 Self-Esteem Scale로 측정한 점수를 말한다.

3) 분노(Anger)

분노란 경미한 수준의 성가심이나 짜증스러움에서부터 격노와 격분과 같은 강한 흥분 상태에 이르기까지 다양한 감정들로 구성된 정서 상태를 말한다. 본 연구에서는 Spielberger(1988)가 개발한 State-Trait Anger Expression Inventory(STAXI)의 한국어판(한덕웅, 이장호, & 전검구, 1998)으로 측정한 하위 영역 3가지 분노표현척도로 측정한 점수를 말한다.

4) 공격 행동(Aggression)

공격행동이란 정서적 혹은 신체적으로 타인이나 대상에 해나 피해를 주는 의도로 행해진 외현적 행동을 말한다. 본 연구에서는 Buss와 Perry(1992)가 개발한 Aggression Questionnaire(AQ)의 한국어판(서수균 & 권석만, 2002)을 문정희(2015)가 수정한 척도로 측정한 점수를 말한다.

II. 문헌 고찰

1. 정신병동 입원환자

정신질환자는 “망상, 환각, 사고나 기분의 장애 등으로 인하여 독립적으로 일상생활을 영위하는 데 중대한 제약이 있는 사람”으로 정의된다(보건복지부, 2017). 한국에서 정신질환을 겪는 인구는 전체의 25.4%로, 국민 4명 중 1명이 정신 질환을 겪는다고 보고되었다(정신질환실태 역학조사, 2016).

보호 병동에 입원 환자들은 외부 활동의 차단, 지루함, 갇힌 느낌, 자율성과 자유를 박탈당했다는 생각, 투약, 소지품 및 제한이 많은 치료 환경, 의료진에게 평가 받는다는 생각, 가족·지인과의 소통 단절 등으로 고통스러워한다(Nugteren et al., 2016; Zarshenas et al., 2017). 또한 자신의 병의 상태에 대해 인식을 못하는 환자의 경우에는 치료를 위한 정신과 약물의 투약에 대해서도 강압적으로 받아들인다.

또한 자신의 감정을 표현하고 상대방에게 자신이 원하는 바를 전달하기 어려워하며 적절한 사회적 관계를 맺는 것에도 문제가 있고, 이런 대인관계와 의사소통 문제 때문에 자아존중감은 저하된다(백정호, 2015). 또한 저하된 자아존중감이 대인 관계에도 부정적인 영향을 주는데, 사람들과의 갈등을 피하기 위해 무의식적으로 분노를 억제한다고 알려져 있다(Malarchick, 2000). 이처럼 정신병동 환자가 분노를 적절히 해소하지 못하면 공격 행동이 흔히 발생한다(Jalil, Huber, Sixsmith, & Dickens, 2019)

1) 자아존중감

자아존중감은 자기 혹은 자신의 능력이 충분하다고 만족하는 감정(Rosenberg, 1965)이고, 자신의 가치와 중요성을 인식하고 자기 자신을 책임지고 다른 사람들에게 책임감 있게 행동하려는 특성을 가진다(Self-Esteem, Personal, & Responsibility, 1990). 또한, 자아를 존중하는 감정으로 한 인간이 삶을 영위하는 방식과 그가 인생에서

느끼는 만족도를 근본적으로 좌우하는 인간의 내적 확신으로 설명되기도 한다(Stahl, 2016).

자아존중감은 정신건강의 중요 요소로, 높은 자아존중감은 개인의 심리적 건강과 사회적 적응, 삶의 질에 긍정적인 영향을 준다. 주관적 안녕과 삶의 질이 높아지고, 개인의 삶의 통제감과 확실성이 높아지며, 우울과 불안 등은 감소한다고 알려져 있다(Boyd, Otilingam, & DeForge, 2014; P. Corrigan, A. Watson, & L. Barr, 2006; Seo & Kim, 2004). 반대로, 자아존중감이 낮다면 상대가 비난할 때 제대로 해석한 건지 확신이 없어 괴로워하고, 확신이 들더라도 상대방을 우위에 두기 때문에 정면으로 부딪혀보지 않고, 공연히 화를 일으키지 않고 조용히 비켜가고 싶어하며 분노를 억누르고 침묵하는 경향이 있다고 보고되고 있다(Stahl, 2016). 즉, 자아존중감이 낮으면 실패를 경험할 때 수치와 회의 같은 자신과 관련된 부정적 정서를 더 많이 느끼는 반면, 자아존중감이 높으면 실패를 통한 잠재적 후회를 성공에 관한 긍정적 기대감으로 대체한다고 나타나 자아존중감이 주관적 안녕의 강력한 예측요인이라는 것을 알 수 있다(Boyd, Otilingam, & DeForge, 2014; P. Corrigan, A. Watson, & L. Barr, 2006). 정신 병동 입원 환자들은 입원 자체를 부담하다고 받아들이고 자아존중감 저하를 호소한다. 그 이유는 증상의 재발, 악화 및 재입원을 반복하면서 자기혐오와 수치심, 심리적 위축과 내재적인 낙인을 경험하기 때문이다(정재원, 장미영, & 신성희, 2018; 이재운 & 박현숙, 2017). 그리고 조현병 스펙트럼 장애, 주요 우울장애, 양극성 장애, 반사회적 인격 장애, 식이 장애 등의 증상(Deffenbacher et al., 1996; Hubbard et al., 2002; Lee & Diguseppe, 2018; 전태연 외, 1997)과 외부활동의 차단, 지루함, 갇힌 느낌, 자율성과 자유 욕구의 좌절, 투약, 소지품 제한 등 제약이 많은 치료 환경, 의료진에게 평가 받고 있다는 생각과 가족 및 지인과의 소통 단절 등이 자아존중감 저하의 또 다른 원인으로 보고되고 있다(Lamanna et al., 2016; Talbot, Harris, & French, 2009). 그 외에도 정신병동에 입원했다는 것 자체로 불안, 부끄러움, 우울과 절망 등의 정서적인 고통을 경험하고, 낮은 자아존중감을 호소하는데(Livingston & Boyd, 2010; Schrank et al., 2014), 이는 대상자가 자살사고, 우울감과 외로움을 더 강렬하게 느끼게 한다(D. H. Creemers, R. H. Scholte, R. C. Engels, M. J. Prinstein, & R. W. Wiers, 2012; Schomerus, Matschinger, &

Angermeyer, 2014).

Talbot 등(2009)의 연구에서 불안, 우울 및 정신적 디스트레스를 예측하는 주요한 인자가 자아존중감이라고 밝혀졌고, 낮은 자아존중감은 환자의 사회 부적응과 정신건강의 악화 및 삶의 저하에 영향을 준다고 알려져 있다(Boyd et al., 2014; Oliveira, Carvalho, & Esteves, 2016; Ow & Lee, 2015).

문헌에서, 정신병동 입원환자는 스스로 자아존중감을 향상시키는데 어려움이 있기 때문에 의료진은 입원 기간 동안 환자의 자아존중감을 관리할 필요가 있다고 보고되었다(Corrigan & Watson, 2002; Dirmaier et al., 2006). 여러 연구에서 정신병동 입원환자의 자아존중감을 향상시키고자 여러 심리 사회적 중재를 통해 그 효과를 보았는데, 긍정 심리학(Positive psychology) 프로그램은 정신병동 입원환자의 자아존중감과 대인관계능력을 향상시키는 효과가 있었고(Kang, Ko, Kim, & Kim, 2018), 정신병동 입원환자에게 심리교육(Psychodeucation, 이하 PE)과 CBT를 제공하여 비교하였을 때 PE가 자아 존중감 향상에 통계적으로 유의미한 결과를 보였다(Wood et al., 2018). 국선도 명상을 정신병동 입원환자에게 제공하였을 때 자아 존중감 향상에는 효과를 보이지 않았고(장선주 & 하양숙, 2008), 반사회적 인격 장애 환자들에게 변증법적 행동치료(Dialectical Behavior Therapy) 프로그램을 제공하여 자아존중감이 향상되었다(Jacob et al., 2010). 이 밖에도 에니어그램 집단 프로그램(강미정, 2014), 자기주장 및 의사소통훈련(Seo et al., 2007), 적극적 경청, 공감, 수용 등의 대인간호 중재행위(김연정, 2004) 등이 정신병동 입원환자의 자아존중감 향상에 도움이 되는 것으로 밝혀졌다.

정신병동 입원환자의 일반적 특성 중에 사회경제적 상태가 높을수록 자아존중감이 높고, 경제상태가 낮을수록 자아 존중감도 낮아지는 것으로 밝혀졌고, 그 외 성별과 입원횟수, 교육 정도와 결혼 여부, 종교의 유무, 진단명 등은 자아존중감에 영향을 주지 않는 것으로 밝혀졌다(차선희 & 도낙범, 2002). 박재우와 박기환(2014)의 연구에서도 양극성 장애 환자와 주요 우울장애의 자아존중감 수준은 차이가 없는 것으로 나타났으나, 이와 반대로 양극성 장애 환자의 자아존중감 수준이 우울 장애 환자의 수준보다 높았다는 연구결과도 있었다(Jones et al., 2005). 본 연구에서는 Rosenberg(1965)의

자아존중감 척도를 사용하였고, 이 연구와 동일한 도구로 자아존중감을 측정한 선행연구에서, 조현병 환자의 평균 32.1점(김미영 & 전성숙, 2012), 정신과 외래 환자의 평균 16.7점(Ritsher & Phelan, 2004), 주요 우울장애 환자의 평균 27.1점, 양극성 장애 환자의 평균 28.6점을 보여, 일반인의 자아 존중감 평균인 37.3점보다 낮은 수준을 보였다(박재우 & 박기환, 2014).

2) 분노와 공격행동

분노는 인간의 기본 정서 중 하나로서 생존을 도와주는 적응적인 감정(Spielberger, Krasner, & Solomon, 1988)임에도 불구하고, 이를 적절하게 조절하지 못하면 신체적 · 정서적 손상과 더불어 사회적 문제로 이어지기도 한다(Saini, 2009). 분노란 가벼운 수준인 성가심과 짜증으로부터 격노나 격분, 강한 흥분상태에 이르는 강도가 다양한 감정(Spielberger, 1988)으로, 공격을 위하여 생리적으로 각성되고 준비된 상태(Buss & Perry, 1992)라고 정의된다. 혐오적인 사건을 초래한 사람이나 사물을 향한 적대적이고 부정적인 정서 경험(Novaco, 1994)이자, 외부 공격자에게 자신을 위협하거나 방해하는 행동을 중단하라고 경고한다는 점에서 적응적 가치, 즉 경청할 가치가 있는 신호(signal)라고 하였다(DiGiuseppe, & Tafrate, 2003; Lerner & Keltner, 2001). 분노는 악심, 미움, 적대적 공격을 포함하고, 통제가 불가능하다. 너무 잦고, 너무 격렬하거나 너무 오래 지속되는 면이 있고, 끊임없이 마음을 차갑게 비관적이게 하고 비꼬는 정서를 지속시킨다. 분노는 습관성(the anger habit)이 되고 만성적인 성향을 갖게 된다(Semmelroth & Smith, 2000). 즉, 분노는 우리가 가지고 있는 감정 중에서 가장 파괴적이고 고통과 아픔을 수반하며, 역기능적 요소를 가지고 있는 반면에, 우리 자신을 방어해주고, 생존 본능의 영역을 확장하고 이어가는 정서의 메커니즘이라고 볼 수 있다(Ayebami & Janet, 2017).

분노를 유발하는 원인에는 첫째, 자신의 가치를 보존하려는 의지가 손상되었을 때 발생한다. 자신이 존중받지 못하고 있다고 느낄 때에

나타난다. 둘째, 욕구가 충족되지 못할 때 일어난다(Carter & Minrith, 1993). 마지막으로, 분노는 일반적으로 개인이나 사회가 가지고 있는 가치나 신념이 위협받거나 무시당할 때 일어난다. 그 외에도 건강상태나 환경 혹은 개인적인 상황에 따라 달라지기도 한다. 그러므로 분노는 외부 사건, 내적인 심리적 불편감이나 기억에 의해서도 유발되며, 분노를 경험하는 동안 사람들은 생리적, 신체적, 인지적 반응을 경험하게 된다(Deffenbacher & Mckay, 2000).

정신병동 입원치료는 위기에 처한 환자의 삶을 안정화할 수 있도록 돕지만(Sharfstein & Dickerson, 2009), 정신병동 입원 환자는 재발과 재입원의 반복으로 심리적 위축을 느끼고 입원한 것이 잘못되었다는 생각을 하기도 한다. 자유 및 자율성의 욕구가 좌절되고, 소지품이 제한되며 가족 및 지인들과 소통이 단절되는 경험을 한다(Lamanna et al., 2016; Talbot, Harris, & French, 2009). 정신병동 입원환자는 저하된 자아존중감으로 인해 자신을 과소평가하여 대인 관계에서 부정적인 결과를 회피하기 위하여 무의식적으로 분노를 억제하는 행동을 한다고 보고되고 있다(Malarchick, 2000). 뿐만 아니라, 주요 우울 장애, 양극성 장애, 편집증, 망상장애, 강박장애 성격, 신체화와 적개심을 지닌 환자들이 분노를 억압하는 경향이 있는 것으로 밝혀졌다(Roy et al., 2004; Whiteside & Abramowitz, 2005).

분노의 표현으로 반항행동(oppositional behavior), 언어적·신체적 공격행동, 폭력성 등의 문제를 보이거나(Blake & Hamrin, 2007), 분노의 감정을 지나치게 억제하여 자아존중감 저하되는 악순환을 반복하게 된다. 이는 또다시 분노표현을 어렵게 한다고 보고되고 있다(Garofalo, Holden, Zeigler-Hill, & Velotti, 2016). 이밖에도 분노는 불안, 우울, 스트레스, 적대감, 부족한 사회적 지지 체계와도 밀접한 관련이 있다고 알려져 있다(Mahon, Yarcheski, Yarcheski, & Hanks, 2010).

분노표현의 방식은 분노 표출(anger-out), 분노 억제(anger-in), 분노 조절(anger-control)로 분류된다(Spielberger et al., 1985). 이 중에 분노 표출과 분노 억제는 역기능적인 분노 표현이고 분노 조절은 기능적인 분노 표현 방식이다. 분노 억제는 특정 자극에 대해 인지적·정서적 각성 상태에서 행동을 억제하는 것이며, 분노 조절은 자극에 대한 역기능적인 반응을 감소시켜 공격행동을 감소시키도록 하는

것이다(Spielberger, 1985). 분노 표출은 자신의 분노를 타인에게 극단적 모욕, 비난, 욕설 등의 언어적·신체적 공격행동을 보이는 것이다(Engel, 2007). 분노 억제에는 분노를 느끼지만 말을 하지 않거나 상대방을 피하고 속으로만 상대를 비판하는 등 겉으로 분노 감정을 표현하지 않는 것을 의미한다(Spielberger et al., 1988). 이는 적대감을 오히려 증가시켜 부정적인 정서 통제를 어렵게 하고 공격성이 드러나며, 우울증, 건강 문제, 그리고 의사소통의 어려움을 초래한다고 보고되었다(Berkowitz, 1993). 이는 공격행동과 우울과도 밀접한 분노 조절은 자신이 가지고 있는 분노 감정을 간접적인 방식으로 표현하거나 분노를 통제하려고 노력하는 것을 말한다(Spielberger, 1985).

정신병동 입원 환자의 분노는 우울과 공격 행동을 초래한다(Chereji, Pinte, & David, 2012; Novaco & Taylor, 2015; Renshaw & Kiddie, 2012; 최성일, 김중술, 신민섭, & 조맹제, 2000). 신질환을 겪는 사람은 상당한 분노의 감정이 있는데도, 분노를 억제하고 분노를 조절 및 표현을 힘들어한다는 연구(정호성, 송지영, & 정근재, 2000)는 분노 조절의 필요성을 시사한다. Richard(2013)와 Tavis(2017)의 연구에서는 지속적으로 화를 내고 적개심을 표출하는 것은 분노를 조절하는 뇌의 영역을 활성화시킨다고 보고하였다. 다시 말해, 뇌는 어떻게 사용되느냐에 따라 변화하는 능력을 갖는 것으로 분노를 터뜨릴 가능성이 더 높은 사람이 실제로 더 화를 많이 낸다는 것이다. 이는 분노를 자각 및 탐색하고, 통제할 수 있는 훈련이 필요하다는 것을 말해준다. 다시 말해, 분노 유발 상황에서 분노의 감정을 지나치게 억제하면 무력감을 느껴 자아존중감이 저하되는 결과가 초래되고, 이는 분노 표현을 어렵게 하는 악순환이 된다(Garofalo, Holden, Zeigler-Hill, & Velotti, 2016).

공격행동은 상대방을 공격하고 상처를 주려는 의도적인 행동으로, 보통 어떤 자극에 의해 일어난다(Averill, 1982; Bandura, 1973). Morroison(1994)은 자신, 타인 혹은 기물에 위협이 되는 언어, 비언어적, 신체적 행동 혹은 실제로 상해를 입히는 신체적 행동이라고 하였고, Wilkowski 와 Robinson(2010)은 정서적 혹은 신체적으로 타인이나 대상에 해나 피해를 주는 의도로 행해진 외현적 행동이라고 정의하였다. 공격 행동의 종류는 분노의 감정이 수반되는지에 따라 정서적 공격행동과 수단적 공격행동으로(Berkowitz, 1993), 행동의 형태에

따라 신체적 공격행동과 언어적 공격행동으로 구분할 수 있다(Buss & Perry, 1992). 또한 직접적이고 적극적인 방식으로 폭행과 욕설, 간접적이고 수동적인 방식으로는 가십, 불쾌한 소음, 약속을 지키지 않는 것 까지 다양한 형태로 나타난다(Siegmán & Smith, 1994).

Spielberger 등(1985)은 분노, 적대감과 공격성 등의 개념이 혼용되어 사용된다는 점에서, 이들 개념들을 집합적으로 AHA(Anger, Hostility, Aggression) 증후군으로 설명하였다. 분노(Anger)는 분노감을 느끼는 정서 상태이고, 적대감(Hostility)은 타인과 세상을 부정적으로 바라보는 태도이며, 타인을 해치거나 앙심을 품고 보복하려는 공격행동(Aggression)을 하게 한다. 공격행동은 일반적으로 어떤 대상에 대한 파괴적, 처벌적 행동을 말한다. 마찬가지로 Buss와 Perry(1992)는 인지적 측면인 적대감과 정서적 측면인 분노, 행동적 측면의 공격 행동으로 개념을 구분하였고, Hoeve 등(2015)은 공격 행동이 나타날 때 개인의 인지적 측면과 정서적 측면을 연구할 필요가 있다고 하였다. 또한 Dollard 등(1939)은 유년시절의 공격적인 행동은 훗날 공격성 경향을 감소시키고 분노를 분출하면 기분이 풀린다는 정화가설(Catharsis hypothesis)을 주장한 바 있지만, 사회학습이론(Social Learning Theory)과 Berkowitz의 단서 이론에서는 공격성은 더 큰 공격성 혹은 분노의 표현으로 나타난다고 하였다(Bandura, 1973; Berkowitz, 1988).

일반적 특성에 따른 분노 표현의 차이를 살펴보면, 남성이 여성에 비하여 분노 표출 경향이 높고, 분노 감정에 더 영향을 받는 것으로 나타났다. 여성은 그에 비하여 분노 억제나 분노 표출을 보고하는 수가 상대적으로 적어, 분노의 감정에 덜 영향을 받는다고 보았다(Deffenbacher, Oetting, Lynch, & Morris, 1996). 또한 조현병 환자군이 분노 억제 점수가 정상 대조군에 비해 유의하게 높았다(정호성, 송지영, & 정근재, 2000).

정신병동 입원 환자의 공격 행동은 의료진과 타환자들에게 신체적·정신적 위협이 되고, 심한 경우 의료진이 중한 부상을 입기도 한다. 또한 공격 행동에 노출될 경우 의료진과 환자 모두 분노, 충격, 두려움, 우울, 불안과 불면 정서적 영향을 받는다(Zuzelo, Curran, & Zeserman, 2012).

정신과 보호병동 환자의 공격행동은 연평균 일인당 대략 9회 발생한다고 조사되었고(Nijman et al., 2005), 정신과 간호사의 78%가

다른 치료진 및 환자에 비하여 폭력, 위협 등의 공격행동에 노출되어 있다(Chalin et al., 2006). 공격행동 유형을 분석한 결과, 언어적 공격행동이 70%로 가장 높은 비율을 차지하였다(Duxbury, 2003). 이는 언어적 공격행동이 전체의 77.5%, 신체적 공격행동은 두 번째로 많은 54%라고 보고한 이요성 등(2000)의 연구와 같은 결과를 보였다. 공격행동의 원인에는 심한 정신 장애, 치료를 위한 직원의 통제 (Hamrin, Iennaco, & Olsen, 2009), 병동에 갇혀있다는 생각(Bowers et al., 2009), 외부와 차단된 생활(Johnson et al., 1997), 개인의 행동을 모두 관찰 당하는 생활(T Meehan, W McIntosh, & H Bergen, 2006), 의료진이 환자를 대하는 태도(Wright, Duxbury, Baker, & Crumpton, 2014), 환자가 느끼는 의료진과의 파워의 불균형(Kumar, Guite, & Thornicroft, 2001), 지루함(Hamrin et al., 1997; Wright et al., 2014), 반사회적 인경장애 같은 성격 특성과 약물 남용(Bo, Abu-Akel, Kongerslev, Haahr, & Bateman, 2014; Johnson, 1997), 욕구의 좌절(Inoue, Tsukano, Muraoka, Kaneko, & Okamura, 2006)이 큰 영향을 주는 것으로 알려졌다. 즉, 환각과 망상 같은 정신과적 증상이 심각하여 외부의 자극이 없어도 갑작스레 공격행동을 할 가능성이 높고, 인지력 저하로 생기는 혼동, 약물 불이행, 입원상황에서 느끼는 불안, 자신의 요구가 받아들이지 않는 좌절, 자기 통제의 어려움 등이 있을 때 공격행동을 할 가능성이 높다(Lamanna et al., 2016).

신지원(2012)의 연구는 정신병동 입원 환자의 낮은 병식은 강제적인 입원 치료에 대한 거부감과 제한되는 상황에 대한 자신의 욕구 좌절로 인한 분노가 기저에 자리 잡고 있으며, 낮은 자아존중감은 방어적인 태도로써 상황에 민감하게 반응하여 분노를 유발하는 데 영향을 준다고 보았다. 이는 공격 행동과 자아존중감 사이의 관계에서, 공격 행동의 주요 예측 인자가 저하된 자아존중감이라는 연구와 일치한다(Falkenbach, Howe, & Falki, 2013). 공격 행동과 분노와의 관계에서, Averill(1983)은 분노가 있다고 해서 반드시 공격행동을 하는 것은 아니고, 공격행동을 할 때 반드시 분노를 경험하는 것은 아니지만, 분노는 분노를 유발시킨 대상을 공격하거나 상해를 입히고 싶은 충동이나 적대감, 경향성을 수반한다고 말했다.

일반적 특성에 따라 공격 행동의 차이가 있는지 살펴보면, 나이가 어릴수록(Pearson, Wilmot, & Padi, 1986), 병동에서는 여성이 더 공격

행동이 더 심하다고 알려져있다(Larkin, Murtagh, & Jones, 1988; Rasmussen & Levander, 1996). 하지만 남성이 더 공격적이라는 연구(Bornstein, 1985), 성별의 차이가 없다는 상반된 연구(James, Fineberg, Shah, & Priest, 1990)도 보고 되었다. 조현병이 다른 진단에 비하여 공격 행동이 더 자주 발생하고(Hodgins, 1994), 조증 상태(McNiel & Binder, 1989), 환청 증상(Junginger, 1995; McNeil, Eisner, & Binder, 2000), 피해 망상(Taylor et al., 1998)이 있을 때 공격 행동이 더 심하다고 보고되고 있다. 또한 공격행동의 과거력이 있을 때 공격 행동이 더 드러난다고 알려졌다(Stewart & Bowers, 2013).

이상의 문헌검토를 통해서 다음과 같은 내용을 확인할 수 있었다. 역기능적인 분노 표현방식인 분노 표출 및 분노 억제, 낮은 자아존중감을 낮추고, 잠재적으로 공격 행동을 초래할 수 있으며, 낮은 자아존중감은 다시 분노를 억제하는 악순환을 반복하는 것이다. 정신병동 입원 환자는 입원 치료 기간 동안 분노를 자각·탐색·통제할 수 있도록 돕는 치료 프로그램을 정신병동 입원환자에게 제공해야 할 필요가 있음을 알 수 있다.

2. 분노 조절 프로그램

분노조절 프로그램은 분노로 인한 문제행동이나 심리적 어려움을 겪는 사람들에게 문제 상황에 적절히 대처할 수 있는 방법을 가르치고 분노를 조절하는 능력을 습득시키는 중재 방법이다(이정숙 외, 2010). 분노조절 프로그램을 실시한 실험군이 실시하지 않은 대조군보다 24.15%만큼 효과가 있었다는 연구 결과(구슬이, & 김진숙, 2017)에 따라 정신병동 환자들이 분노의 감정은 지극히 정상적인 것으로 인지하고 수용하여 적절한 방식으로 표현할 수 있도록 교육이 필요하다(Chambers, Gullone, & Allen, 2009).

현재까지 적용되고 있는 근거 기반 분노조절 프로그램은 인지행동치료(CBT), 이완 훈련(Relaxation Training, 이하 RT), 사회기술 훈련(Social Skill Training), 인지치료(Cognitive Therapy, 이하 CT), 변증법적 행동치료(Dialectical Behavioral Therapy, 이하 DBT), 마음챙김 (Mindfulness), 수용전념치료(Acceptance Commitment Theray, 이하 ACT), 게슈탈트(Gestalt), 명상(Meditation) 등으로 분류할 수 있다(DiGiuseppe & Tafrate, 2003; Lee & DiGiuseppe, 2018). 이와 같은 분노 조절 프로그램을 메타 분석한 결과, 참여하지 않은 대조군에 비하여 프로그램에 참여한 실험군의 76%가 분노와 공격행동의 감소, 생리적 자극 감소, 긍정적 정서 및 행동 증가, 대인관계 호전과 자아 존중감 증진의 효과가 있었으며 그룹보다는 개별 프로그램으로 진행할 경우 효과가 크다고 강조하였다(DiGiuseppe & Tafrate, 2003).

CBT는 대상자의 인지적 왜곡을 교정하여 정서의 조절을 추구하고, 이에 따라 바람직한 대처하도록 돕는 효과적인 치료이지만, 퇴행이 심하거나 자살 위험이 높으며 정신과적 질환 때문에 전반적인 수행능력이 떨어진 경우에 적용에 한계가 있다(Beck, 2011; 윤홍균, 2016). RT는 공격행동을 취하는 동기와 인지를 감소시켜주고, 몸과 마음을 이완시켜 분노의 감정에 대해 대처를 적절히 할 수 있도록 돕는 치료로써, 생리적 인지적 행동 사회적 측면을 모두 고려하기에 효과적인 분노조절 치료법으로 알려져 있다(Jerry L Deffenbacher, 1999). 사회기술 훈련은 정신장애인의 사회기술 부족을 조망(perspective)

능력의 결여에 있다고 보고, 타인의 행동을 일반적인 관점에서 파악하는 동시에 자신의 행동을 타인이나 일반적인 관점에서 보는 능력을 갖도록 돕는다(이용표, 2003). CT는 역기능적인 신념으로 인하여 인지왜곡이 일어나 부정적인 자동적 사고가 일어나는 것으로 보고, 핵심 신념을 수정함으로써 역기능적 사고를 줄이기 위한 치료법이다(김정호, 2008). DBT는 CBT의 새로운 흐름 중 하나로 마음챙김을 포함하는 것으로, 스스로를 수용하고 주변 세계 역시 있는 그대로 받아들일 수 있도록 한다(Linehan, Frances, & Dawkins, 1995). 마음챙김은 통제나 변화를 시도하지 않고 지금 여기의 경험을 비판단적으로 관찰하려는 것이고(Kabat-Zinn, 2003), ACT는 새로운 형태의 CBT로서 인지나 정서의 내용에 대한 변화를 추구하지 않고 자기수용을 통해 진정한 삶의 가치를 찾아 실현하도록 돕는 것을 목적으로 한다(Bach, Gaudiano, Hayes, & Herbert, 2013).

게슈탈트 심리치료는 현재의 감정과 신체적 상태, 그리고 환경에 대한 알아차림(awareness)을 중시하고, ‘나-너’ 관계에서 대화를 강조하는 현상학적-실존적 기법이다(최하나, 2009). 명상은 의식을 어느 하나의 대상에 집중하는 훈련을 통해, 점차 삶 전반에 마음을 고요히 하며, 궁극적으로 내적 평온함이 극대화되어 진정한 자기를 만나는 경지에 이르도록 하는 정신수련법이다(김경우 & 장현갑, 2007).

앞에서 살펴본 프로그램 외에도 의사소통기술을 높이는 방법이 분노조절 프로그램에 구성되어 있다. 의사소통기술을 높이는 방법은 중재방안으로 교류분석(Transaction Analysis) 프로그램(이숙, 2003), 사회기술훈련 (Social skill training) (서지민, 2006), 자기주장훈련 (Assertiveness training) (조용애, 2009), 나-전달법(I-Message) (김금희, 민기연, & 이영선, 2015), 사티어(Satir model) (육혜련, 2015) 프로그램 등이 있다. 교류분석의 경우 자신을 이해하고 자아개념이 높아져서 자신 및 타인을 부정하는 일이 감소하지만, 스스로 연습하기 어렵고 전문가의 분석 도움 없이는 효과를 기대하기 어렵다. 사회기술훈련과 자기 주장훈련은 독립적인 생활기술이 향상된다는 긍정적인 평가가 있으나 타인의 입장에 공감하는 부분이 부족하다는 점이 지적될 수 있다. 또한 나 - 전달법(I-message)은 자신을 표현할 수 있는 구체적 방법으로 좋은 의사소통 기술이지만 상대방의 입장에 공감하는 부분을 다루기에는 한계가 있다.

분노조절 프로그램의 대상자는 주로 직장인, 소아 청소년, 지적 장애를 가진 사람, 외상 후 장애 (Post-traumatic stress disorder, 이하 PTSD)를 겪는 사람, 치매 등의 정신 장애를 겪는 환자의 주보호자, 경찰관, 약물 오남용자, 교도소 수감자, 뇌 손상 환자 등으로 분류된다 (Lee & DiGiuseppe, 2018).

선행 연구에서 청소년을 대상으로 분노조절 프로그램을 통해 분노의 감정을 이해하도록 돕고 심호흡, 이완요법, 문제 해결 방법에 대해 안내하자 그 효과로 분노가 감소되고 자아존중감 향상의 효과가 있었다 (Löök, Bademli, & Canbaz, 2018). Henwood 등(2015)은 교도소 수감자에게 CBT로 구성된 분노조절 프로그램을 시행한 결과 분노조절 및 재범죄를 예방하는 효과가 28%라고 보고하였고, 이는 이철호와 이민규(2007)가 교도소 수감자에게 분노조절 프로그램을 시행하자 자아존중감이 상승하고 분노가 감소했다고 보고한 연구결과와도 일치한다.

정신질환을 지닌 대상자에게 분노조절 프로그램을 시행한 문헌을 살펴보면, 알코올 의존자를 대상으로 인지정서행동적 CBT를 적용한 분노조절 프로그램이 분노 조절과 분노 표출에 효과적이라고 보고되었고(송미경, 2005), 사회복지시설에 거주하는 정신장애인에게 CBT와 RT로 구성된 분노조절 프로그램을 시행하여 자아 존중감과 분노표현, 대인관계 기술의 변화가 있었다(김혜민 & 손정락, 2013). 광은영 등(2014)의 연구에서 CBT 기반 분노조절 프로그램을 시행 후 정신과 보호병동 입원환자의 전체 분노표현과 분노표출 점수가 감소한 것으로 나타났다. 소성섭(2015)의 연구는 인지정서행동적 CBT 프로그램을 통해 분노억제와 분노조절은 효과가 없었으나 분노표출 점수의 감소를 보고하였고, 지역사회센터에 등록된 만성정신장애인에게 CBT와 RT, 나-전달법으로 구성된 프로그램을 시행하였지만 분노표현과 공격성에 대해 변화의 차이를 입증하지 못하는 결과(최명희, 2016)도 있어, 대상자가 정신질환을 겪는 경우에는 프로그램의 효과성에 대해 일관적인 결과를 보여주지 못하는 실정이다.

3. 비폭력대화(Nonviolent Communication)

비폭력대화(이하 NVC)란 자신의 감정을 수용적으로 받아들이고, 그 밑에 깔린 욕구를 의식하며 타인과 대화하는 구체적인 방식을 설명하는 공감의 대화법이다(M. B. Rosenberg, 2002). 1960년대 미국에서 인종차별법이 시행될 때 일어난 여러 갈등을 해소하기 위한 미연방정부 프로젝트를 계기로 개발되었으며, 비폭력이라는 개념은 비폭력이란 간디의 아힘사(ahimsa: 비폭력)에서 차용한 것이다(M. B. Rosenberg, 2002). 아힘사란 마음 안의 폭력이 사라졌고, 우리의 본성인 연민으로 돌아간 상태를 말한다(M. B. Rosenberg, 2002). NVC의 원리는 ‘솔직하게 말하기(Expressing honestly)’와 ‘공감으로 듣기(Empathic listening)’ 두 가지가 있고, 이 원리를 실천하기 위해서는 관찰, 느낌, 욕구와 부탁의 구성요소가 대화 시 수반되어야 한다. NVC에서 ‘관찰’은 어떤 상황을 객관적으로 묘사하여, 판단과 평가, 선입관 등을 배제하고, 있는 그대로 상황을 인식하게 하는 것이다. ‘느낌’은 자극이 되는 상황에서 몸과 마음에서 일어나는 반응으로, 욕구가 충족되었는지 여부를 알려주는데, 생각이나 평가 밑에 깔린 자신의 진정한 느낌을 찾는 것이 중요하며, 이는 감정 연구자인 Ekman(2003)도 일관되게 강조하는 점이다. 감정이 격앙되면 중뇌나 변연계로 전체 기능이 집중되어 전두엽이 거의 기능을 하지 못하기 때문에 뇌의 활성을 다른 부위로 퍼지도록 하여야 감정의 뇌에서 빠져나올 수 있으므로, 그러기 위한 전략으로 과거와 현재 자신의 감정과 자신이 원하는 욕구가 무엇인지 분류하도록 노력하는 것이 중요하다고 보았다(Ekman, 2003). 감정 명명하기(affect labeling)가 뇌의 불안 중심지인 편도체와 생각의 뇌인 전전두피질 사이에 효과적인 차단벽을 세우기 때문에(Constantinou, Van Den Houte, Bogaerts, Van Diest, & Van den Bergh, 2014)

자신의 느낌을 아는 것은 판단의 경향을 줄이고 감정의 강도를 낮출 수 있으며 편도체를 진정시킬 수 있다고 밝혀졌다(Ferri, Schmidt, Hajcak, & Canli, 2016). 또한 신체증상을 호소하는 대상자나 정서적인 표현을 힘들어하는 경우에도 감정 명명하기가 도움이 된다(De Ridder, Geenen, Kuijer, & van Middendorp, 2008; Scheidt et al., 2008).

윤홍균(2016)은 느낌 카드를 이용하여 우선 감정을 표현하도록 훈련하는 것은 이성적으로 통찰하고 감정을 진정시킬 수 있는 좋은 도구가 된다고 하였는데, NVC는 느낌과 욕구를 수록한 그로크 카드(GROK)를 활용한다. ‘욕구’란 느낌의 원인이 되는 삶의 긍정적인 에너지이고, 우리가 하는 모든 행동은 어떤 욕구를 충족하려는 시도이다. 욕구란 이념, 언어, 지역, 성별, 나이, 문화를 넘어서는 보편적인 것이므로, 대화의 초점을 욕구를 인식하고 표현하는 것에 맞추게 되면 보다 명료하고 따뜻한 의사소통을 할 수 있게 된다.

‘부탁이란 원하는 바를 상대방에게 구체적으로 요청하는 것이다(M. B. Rosenberg, 2002), NVC에서 훈련 하는 원하는 삶을 위해 욕구를 충족시키고자 부탁하는 행위는 매우 중요한데, 그 이유는 언어를 써서 자기 표현, 자기 주장을 시작할 때 손 쓸 수 없다는 무력감과 좌절감은 상당히 해소되기 때문이다(Stahl, 2016).

NVC는 소통방식의 중요성을 강조하고, 삶을 소원하게 만드는 대화법 ‘자칼 언어’와 NVC 대화법 ‘기린 언어’를 구분하였다. ‘자칼 언어’라고 칭한, 삶을 외롭게 하는 대화법에는 상대방에게 자의적인 판단과 꼬리표를 붙이는 것(“너는 실패자야.”), 감정에 대한 책임을 외부에 전가하는 것(“내가 나한테 그렇게 했기 때문에 내가 고통 받는거야.”), 잘못된 사람을 찾는 것(“네가 이걸 다 망쳤어!”), 부탁하는 대신 명령하는 것(“너는 내가 지시하는 대로만 해!”)이 있다. 자칼 언어는 비난하고 자의적으로 해석하고, 처벌하겠다고 위협하며, 이와 동시에 공격적이다. 그 결과 기분이 상한 상대방도 자신을 방어하거나 뒤로 물러서게 된다. ‘기린 언어’라고 칭한 NVC는, 이해를 바탕으로 관계를 확대 구축하거나 재생하는 언어이다. 다른 사람의 희생 없이 자기 자신의 욕구를 충족하고, 상처를 피하고 갈등을 긍정적으로 변화시키는 것을 목표로 한다(M. B. Rosenberg, 2002).

분노 조절과 관련하여 NVC는 분노를 하나의 억누를 대상이나 부정적인 감정으로 보지 않는다. 분노의 감정을 통해 근원에 자리한 내면에 충족되지 않은 욕구가 무엇인지 아는 것이 중요하고, 자신의 욕구에 직면할 때 더 이상 화를 내지 않게 되기 때문이다(M. B. Rosenberg, 2017). NVC에서 소개하는 분노 조절의 세 단계를 살펴보면, 첫째, 화를 유발하고 있는 자극을 찾아내 평가를 멈추고, 둘째, 분노의 근원이 되는 자기 안의 판단을 찾는다. 마지막으로, 이 판단을

자신의 욕구로 변환 하여, 판단 이면에 있는 자신의 욕구에 온전히 주의를 집중한다. 그 다음에 자신의 감정과 충족되지 않은 욕구를 고려해 상대방에게 자신이 바라는 행동을 명확하고 구체적으로 요청한다. 이와 같이, NVC는 자신의 느낌과 욕구를 알아차리는 법, 자신을 공감하고 수용하는 법, 타인에게 부탁하는 법을 구체적으로 제시하기에 정신병동 입원환자의 자아존중감을 고양시키고, 분노를 건강하게 표현하게 하는데 효과적인 방법이 될 수 있다.

12편의 국내 NVC 프로그램의 효과를 본 통합적 고찰(양정운 & 김성재, 2016)을 살펴보면, 초등학생, 청소년, 대학생, 부부 및 직장인 등의 집단을 대상으로 전체 8회기 ~ 11회기, 각 회기는 90분 ~ 210분으로 진행된 경우, 의사소통능력, 대인관계 스트레스, 자아존중감, 분노 표현, 직무만족도 등 여러 변수들로 그 효과를 평가하였다. 이화자와 김순옥(2010)은 사티어 성장모델과 NVC 모델을 통합한 프로그램을 만성불화를 겪는 부부에게 시행하여 자아존중감, 분노, 정서적 의사소통, 문제 해결 의사소통, 성적 친밀감 측면에서 그 효과성을 입증하였고, 강미숙(2014)은 NVC 프로그램을 통해 갈등을 겪는 다문화 가정의 부부의 부부이해도와 결혼만족도의 향상 효과를 보고하였다. 양정운(2017)의 연구는 알코올 중독 환자의 공감과 의사소통, 분노 표현에 효과가 입증되었으나, 이화자와 김순옥(2010)은 분노사고에 유의한 차이는 없었지만 의사소통과 자아존중감은 향상 되었다고 보고되었다. 이민자(2010)는 부모교육을 받는 어머니들이 프로그램 종료 후 자아존중감과 의사소통 향상되는 효과를 밝혔고, 이는 수치심 경향 고등학생의 자아존중감과 공감능력의 효과성이 입증된 다른 연구와 의견을 같이한다(김신아 & 황영식, 2012). 또 NVC 프로그램이 간호사의 대인관계능력과 정신적 웰니스에 긍정적인 영향을 준다고 보고되었다(심봉희, 이영숙, & 안성아, 2016)

국외 연구로는, 대학교육 과정에 NVC를 적용하자 공격행동과 폭력성이 감소하고 자기 연민과 공감의 능력이 향상되며(Blake, 2002), 대상자와 치료자 사이의 라포 형성이 더 용이하다는 것이 밝혀졌다(Hulley, 2006; Cox & Dannahy, 2005). 건강 서비스 종사자들이 NVC 프로그램 참여 후 팀원 각자 역할이 보다 분명해지고, 자기 이해 능력의 향상, 내담자 중심으로 생각하는 공감의 태도를 갖는데 긍정적 효과가 있었고, 이를 통해 직종 간 신뢰와 공감이 쌓여 직종 간에 긍정적

효과가 입증되었다(Museux, Dumont, Careau, & Milot, 2016). 또한 직장에서 NVC 대화 능력이 향상되고, 고통스러운 감정 및 스트레스가 감소하는 효과가 있었다(Wacker & Dziobek, 2018). NVC를 통해 교도소 수감자의 연민과 공감 능력의 향상되고, 자기 이해 및 상황을 바라보는 객관성이 생겼으며, 공격 행동이 감소하였고(Marlow et al., 2012; Suarez et al., 2014), 정신병동 치료진이 NVC 프로그램 참여 후 병동 내 환자의 공격행동과 보호대 시행률이 감소하였다는 보고가 있다(Riemer, 2009).

정신질환을 겪고 있거나 그로 인해 입원 중인 환자에게 NVC를 적용한 연구도 그 수는 적지만 꾸준히 시행되고 있다. 이현복(2018)은 낮병동에 재원 중인 조현병 환자들이 NVC 프로그램 참여 후 대인관계 능력과 의사소통능력이 향상의 효과성을 입증하였고, 백정호(2015)는 지역사회센터에 등록된 정신장애인이 NVC 프로그램을 통하여 대인관계 능력과 공감능력이 상승하였다고 밝혔다.

이상의 문헌검토를 통해, NVC 는 대상자의 자아 존중감, 공감, 의사소통 및 대인관계 능력, 분노 표현 등에 긍정적인 영향을 준다고 볼 수 있다. 특히 Branden(2015)는 자아존중감을 높이기 위해서는 어떤 상황에서 원하는 욕구과 현재의 느낌에 집중하며 공감을 통해 자신이 속한 집단과의 긍정적 관계 속에서 타인으로부터 존중 받고 수용 받으면서 자신이 가치 있는 사람이라고 받아들이는 것이 중요하다고 보았는데, 이는 NVC 의 핵심 개념과 상당부분 일치하는 것을 알 수 있다.

III. 이론적 배경

1. 연구의 개념적 기틀

Rosenberg(2002)의 비폭력대화 모형(Non-Violent Communication Model: NVC Model)은 ‘정직하게 말하기(Honesty)’와 ‘공감으로 듣기(Empathy)’ 두 가지 기본 원리를 바탕으로, 관찰로 상황을 인식하며 내재된 나의 느낌을 찾는 데 집중하도록 돕는다. 또한 느낌(예, 분노)의 이면에 있는 좌절된 욕구를 찾아내고, 이를 비폭력적인 방식으로 표현하게 한다. 이 과정을 통해 분노, 후회와 좌절된 욕구를 각자의 느낌과 욕구를 진정으로 바라보는 것이 가능하다(M. B. Rosenberg, 2002). NVC model의 형식으로 대화하는 것은 갈등 상황에서 해결법을 제시해준다. 특히 갈등이 심해질 때 빠르게 분노를 희석시키고 자신과 타인의 입장에서 문제에 다시 집중하도록 돕는다(M. B. Rosenberg, 2002). NVC는 자아 존중감을 높이는 목적에 쓰이는 효과적인 심리사회적 중재이다. 자신의 느낌과 욕구를 바탕으로 자기이해 및 자기공감을 돕고, 특정 상황에 판단이나 평가가 아니라 상황을 객관적으로 인지하도록 한다. 또한 자기 공감 뿐 아니라 타인의 공감이 가능하고, 자신의 느낌과 욕구를 표현하도록 구체적인 의사소통기술을 설명하고 있어 자아 존중감을 향상시키는 것이 가능하다. 자아 존중감은 자신이 속한 집단 내에 긍정적인 관계를 통해 형성되므로, 공감은 타인으로부터 존중받고 수용받는 느낌을 받을 수 있고 자신이 가치있는 사람이라고 인식할 수 있기 때문이다(Branden, 2015; 김은실 & 손현동, 2015).

NVC는 분노를 적절히 표현하는데 도움이 된다. 분노를 이해하고 통제하는 핵심은 상황에 대한 인식이 어떤지, 그리고 그 인식에 대한 내적 생각이 어떠한지에 따라 달려있기 때문에 분노가 생길 때 처음 사건에 대한 생각이나 인식이 어떤지 찾아내는 것이 중요하다(Brantley, 2016). 또 분노의 감정을 여과 없이 방출하는 것이 아니라 적절히 제어하는 것이 중요하므로(Ekman, 2003), 좌절된 욕구로 인해 분노의 감정을 느낄 때 상대에게 무엇을 원하는지, 그리고 자신이 어떤

기분인지를 직접적으로 표현하는 것이 적절한 대처법이 될 수 있다(Engel, 2007). 즉, 분노 뒤에 숨겨진 감정에 대해 탐색하고 그 원인에 어떤 좌절된 욕구가 있는지 알아야 하며, 효과적으로 자신의 욕구를 표현하는 방법과 감정 전달법 훈련이 분노를 적절히 대처하는 방법이다(Engel, 2007).

자아존중감과 분노의 관계는 서로 밀접하다. 자아존중감이 낮으면 자신을 평가 절하하고, 대인관계에서 부정적인 결과를 피하기 위해 분노를 억누르고 침묵하는 경향이 있다고 나타났다(N. Cha & Sok, 2014; Stahl, 2016). 또한 분노를 억제하는 것은 고혈압, 심장질환, 암 질환 같은 신체 질병과 불안, 우울을 야기시킬 뿐 아니라 자아존중감을 저하시키는 결과를 낳아 악순환이 계속된다(Cha & Seo, 2012; Taylor & Reyes, 2012).

NVC 기반 분노조절 프로그램은 대상자의 자아 존중감을 높이고 적절하게 분노를 표현하도록 하여 결과적으로 공격행동의 감소 효과가 있을 것이라는 가정 하에 프로그램의 효과를 검증하고자 한다. 본 연구의 개념적 기틀은 Fig 1 과 같이 도식할 수 있다.

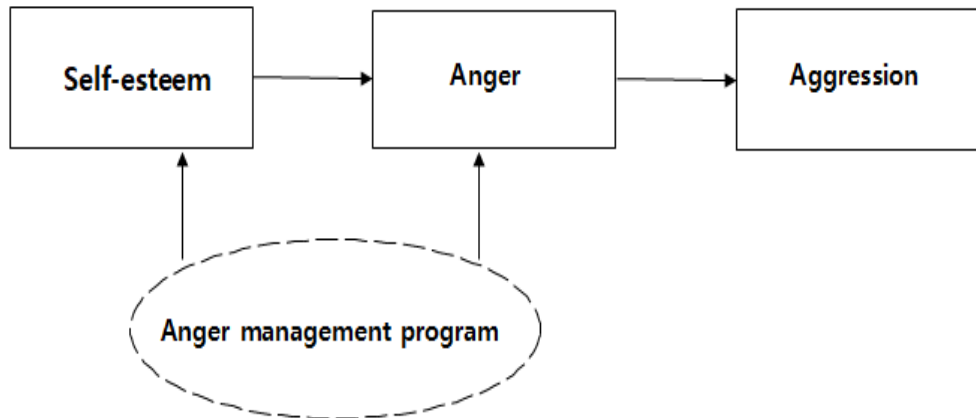


Figure 1. Conceptual framework of this study

Garofalo 등(2016)이 제시한 공격성 다중매개 모형(Aggression Multiple Mediation Model(Fig 2)은 자아존중감과 감정 조절장애가 신체적 공격성을 일으키며, 분노와 적대감이 이 두 요인 사이의 매개 역할을 한다고 설명하고 있다. 즉 낮은 자아존중감과 감정조절 장애가 있을 경우에 분노와 적대감이 높을수록 신체적 공격행동이 발생할 가능성이 크다고 하였다. 본 연구에서는 이 공격성 다중매개 모형의 요인 중에서 자아존중감이 공격성에 미치는 영향과 이를 매개하는 분노에 주목하고자 한다. 자아존중 감은 공격성에 직접적으로 영향을 미칠 뿐 아니라, 분노가 이들 요인을 매개하므로, 자아존중감이 낮을 때와 낮은 자아존중감 수준에서 분노가 높을 때 공격성이 발생할 가능성이 높다. 이에 본 연구에서는 자아존중 감을 향상시키고 분노를 감소시키는 중재는 공격성을 감소시킬 것이라고 가정하였다.

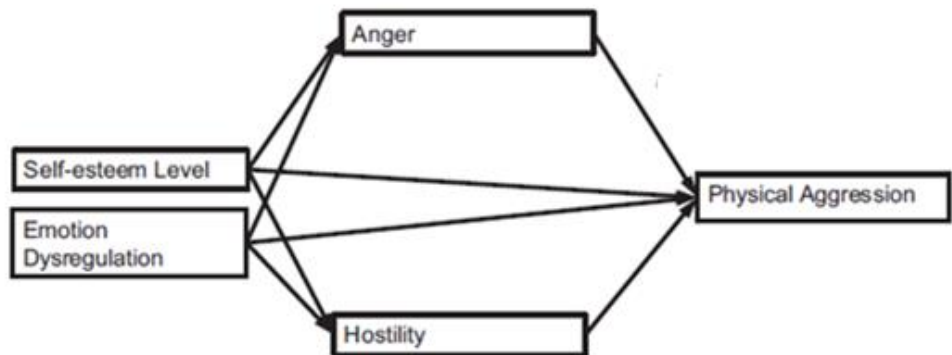


Figure 2. Aggression Multiple Mediation Model(Garofalo, Holden, Zeigler-Hill, & Velotti, 2016)

2. 연구가설

이 연구에서의 가설은 다음과 같다. 실험군은 분노조절 프로그램에 참여하는 대상자이고, 대조군은 참여하지 않은 대상자이다.

제 1 가설. 실험군의 자아존중감의 사전 사후 점수 차이는 대조군의 사전 사후 점수 차이보다 클 것이다.

제 2 가설. 실험군의 분노 표현의 사전 사후 점수 차이는 대조군의 사전 사후 점수 차이보다 클 것이다.

제 3 가설. 실험군의 공격행동의 사전 사후 점수 차이는 대조군의 사전 사후 점수 차이보다 클 것이다.

IV. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 분노조절 프로그램의 효과를 검증하기 위해 비동등성 대조군 전후 실험설계를 통한 유사실험 연구이다. 전체 자료 수집 기간은 2017년 8월 2일부터 2018년 12월 4일까지였으며, 대조군 자료 수집이 완료된 이후 실험군 자료 수집이 진행되었다. 이를 도식화한 것은 Table 1과 같다.

Table 1. Research design of this study

Group	Pre	Post	Pre	Intervention	Post
Control group	C1	C2			
Experimental group			E1	X	E2

E: Experimental group

C: Control group

X: Anger management program

C1, C2, E1, E2: Self-esteem, Anger expression, Aggression

2. 연구 대상

이 연구는 서울시 S 대학병원 정신건강의학과 보호병동에 입원한 환자 중 분노조절 프로그램에 참여하기를 희망한 환자를 대상으로 하였다. 구체적인 선정기준은 다음과 같다.

1) 선정기준

- ① 서울시 S 대학병원 정신건강의학과 보호병동에 입원한 자
- ② 19세 이상~60세 이하의 성인
- ③ 분노표현 점수가 15점 이상인 자
- ④ 이 연구 목적을 이해하고 참여에 동의한 자

2) 제외기준

- ① 기질적 정신장애 혹은 지적 장애가 있는 경우

이 연구의 대상자 수를 결정하는데 있어서 이 연구의 효과크기는 NVC 기반 프로그램의 효과를 본 양정운(2017)의 연구의 효과크기 ($d=0.85$)를 참고로 하였다. 따라서 이 연구의 표본크기는 G*power를 이용한 statistical power analysis 결과 총 46명으로 산출되었다(power 80%, effect size .85, $\alpha = .05$, 양측검정). 선행연구를 참고하여 이 연구에서도 탈락율을 20% 정도로 예상하였고, 이에 실험군 28명, 대조군 28명으로 배정하였다.

3. 연구 도구

1) 자아존중감

본 연구에서는 Rosenberg(1965)가 개발한 자아존중감 척도를 전병제(1974)가 우리말로 번안한 도구를 사용하였다. 총 10문항으로 5개의 긍정적인 문항, 5개의 부정적인 문항으로 구성되어 있는데, 각 항목은 1점 ‘대체로 그렇지 않다’, 2점 ‘보통이다’, 3점 ‘대체로 그렇다’, 4점 ‘항상 그렇다’로 평점하였으며, 부정적인 문항 5번, 8번, 9번은 역채점하였다. 점수 범위는 최저 10점에서 40점이고 점수가 높을수록 자아존중감 수준이 높다고 볼 수 있다. 개발 당시의 신뢰도 Cronbach's α 는 .85였고, 이 연구에서 Cronbach's α 는 .84이었다.

2) 분노 표현

본 연구에서는 분노의 경험과 표현 방식을 측정하는 도구로, Spielberger(1988)의 STAXI를 한국 실정에 맞게 표준화한 STAXI-K(전검구 외, 1997)를 사용하였다. 이 척도는 총 44문항으로 분노 표현(Anger Expression)과 관련된 문항은 분노 억제(Anger In) 8문항, 분노 표출(Anger Out) 8문항, 분노 조절(Anger Control) 8문항으로 이루어져 있다. 각 항목은 1점 ‘전혀 그렇지 않다’, 2점 ‘가끔 그렇다’, 3점 ‘자주 그렇다’, 4점 거의 언제나 그렇다’로 평점하였다. 합산의 방법은 ‘분노 억제+분노표현-분노 조절+16’ 이고 점수는 0점에서 72점 사이이고, 점수가 높을수록 분노가 높은 것을 의미한다.

분노 억제와 분노 표출은 역기능적인 분노 표현 행동인 반면에 분노조절은 기능적인 표현행동으로 분류된다. 분노 억제는 분노 유발 상황과 관련된 사고나 감정을 신체적 언어적 행동으로 표현하기 보다는 억제하거나 부정하는 경우를 말한다. 분노 표출은 다른 사람이나 물건에 직접적인 공격행동을 하는 것으로 화가 나면 걸로 드러나는 것이다. 분노 조절은 분노의 경험과 표현을 조절하는 것으로 화가 난 상태를 지각하고 감독하며 화를 진정시키기 위해서 다양한 책략을 구사하여 냉정을 유지하고 상태를 유지하려는 것이다.

도구 개발 당시 Cronbach's α 는 분노 억제가 .75, 분노 표출이 .74, 분노 통제는 .88이었고(전검구, 1996), 이 연구에서 Cronbach's α 는 분노 억제가 .76, 분노 표출이 .74, 분노 조절이 .85이었다(Table 2).

Table 2. Reliability of STAXI-K

Scale	Number of scale		Cronbach's α
Anger In	8	(2,7,9,12,14,19,22,23)	.76
Anger Out	8	(3,5,6,10,13,16,17,21)	.74
Anger Control	8	(1,4,8,11,15,18,20,24)	.85
Anger Expression	24		.76

3) 공격행동

이 연구에서는 Buss와 Perry(1992)가 개발한 것을 서수균과 권석만(2002)이 번안하여 한국판으로 만든 AQ-K를 사용하였다. 이 검사는 신체적 공격성(9문항), 언어적 공격성(5문항), 분노감(5문항), 적대감(8문항)의 4개 하위 영역으로 구성되어 있으며, 총 27문항이다. 본래는 1점에서 5점까지의 Likert 척도인데, 이 연구에서는 문정희(2015)의 연구를 참고하여 1점 ‘전혀 그렇지 않다’, 2점 ‘가끔 그렇다’, 3점 ‘자주 그렇다’, 4점 ‘항상 그렇다’로 평점하도록 하였으며, 역채점 문항은 7번, 10번, 그리고 18번이다. 점수가 높을수록 공격성이 높음을 의미한다.

서수균과 권석만(2002)의 연구에서 전체 문항에 대한 Cronbach's α 계수는 .86이고, 하위 영역별 Cronbach's α 는 신체적 공격성 .74, 언어적 공격성 .73, 분노감 .67, 적대감은 .76으로 보고되었고, 이 연구에서 Cronbach's α 는 신체적 공격성이 .83, 언어적 공격성이 .54, 분노감이 .56, 적대감이 .73, 전체 공격성이 .88이었다(Table 3).

Table 3. Reliability of AQ-K

Scale	Number of scale		Cronbach's α
Physical aggression	9	(1,2,3,4,5,6,7*,8,9)	.83
Verbal aggression	5	(10*,11,12,13,14)	.54
Anger	5	(15,16,17,18*,19)	.56
Hostility	8	(20,21,22,23,24,25,26,27)	.73
Aggression	27		.88

*역산 문항

4. 분노조절 프로그램

1) 준비 과정

본 연구자는 2급 정신건강전문요원으로서 5년간 정신건강의학과 보호병동, 개방병동, 정신건강증진센터에서 급성 및 만성 정신 질환을 지닌 환자에게 다양한 정신사회적 중재 프로그램을 진행한 정신간호사이다. 또한 비폭력대화 센터에서 NVC 1단계~ 3단계, 분노중재 프로그램 등 84시간의 교육을 받았다. 이를 토대로 서울 소재 S 대학병원의 의료진을 대상으로 이 프로그램을 2년간 6회를 적용한 경험이 있다. 또한 약 3년 간 정신건강의학과 보호병동 입원 환자들에게 NVC 1단계를 재구성하여 3회기의 의사소통 프로그램을 매달 시행하였다.

2) 프로그램 구성 및 내용

본 연구의 프로그램은 Rosenberg(2002)의 NVC를 정신병동 입원 환자에게 적용할 수 있도록 연구자가 재구성하였고, 그 내용은 정신간호학 교수 1인과 보호병동 수간호사 1인에게 자문을 받아 수정·보완하였다.

1회기는 ‘느낌과 욕구’ 주제로 전체 프로그램에 대한 오리엔테이션과 함께 시각적 자료를 활용하여 다양한 느낌과 욕구에 대해 설명하며, 욕구가 충족되었는지 혹은 좌절되었는지에 따라 느낌이 달라질 수 있다는 것을 알아본다. 느낌과 욕구를 표현하게 하면 대상자가 무척 막연해하고 표현을 어려워하기에, 느낌과 욕구의 종류를 분류해둔 느낌·욕구 카드(그로그 카드)를 이용해 재미를 느끼며 느낌과 욕구를 표현하도록 하였다. NVC에서 설명하는 다양한 느낌과 욕구를 담은 이 카드는 대상자가 흥미를 갖고 프로그램에 참여할 수 있는 유용한 교육자료이다. 본 연구의 프로그램에서는 자신의 느낌을 표현하는데 어려움을 느끼거나 거부감이 있는 대상자를 고려해 제공된 교재의 연습문제를 통해 느낌과 욕구를 찾을 수 있도록 하였다.

2회기는 ‘관찰, 느낌, 욕구, 부탁의 말하기’ 주제로 자신에게 자극이 되는 상황에서 ‘평가’가 아닌 ‘관찰’로 표현하게 하면서 인지적 반응을

기술하게 하였다. 자유로운 주제를 선택하게 하여 대상자의 구체적 상황을 떠올려보고 관찰과 느낌, 욕구와 부탁의 순서로 말해보게 한다. 솔직하게 표현하는 구체적인 의사소통 기술 훈련을 실시하였다.

3회기는 ‘거절하기’ 주제로 부탁하기와 강요하기의 다른 점을 구분하고, 상대방으로부터 거절하는 말을 듣거나 상대방에게 거절하는 의사 표현 방식을 알아보았다. 결끄러운 상황에서 문제 해결을 위해 자기 표현 능력을 NVC 모델에 기초하여 말하는 방법을 훈련하여, 대인관계에 있어 잠재적인 문제 상황에 대처할 수 있도록 하였다.

4회기는 ‘자기공감 및 감사하기’ 주제로 지난 날 후회되는 행동에 대해 자기 공감 및 자기 용서의 구체적인 방법을 안내하였다. 자율성이 제한되는 입원 환경뿐 아니라, 질병의 재발과 재입원, 병식의 부족, 수치심, 사회의 일원이 되지 못했다는 낙인 등에서 벗어나도록 돕기 위해 자신을 수용하고 공감해주는 과정을 적용하였다. 지난 날 후회되는 행동을 자기 비판이나 평가를 하지 않고 객관적으로 서술하게 하며, 그 이면에 어떤 욕구가 좌절되었던 것인지 함께 탐색하는 과정을 통해 욕구의 에너지에 연결하는 것이다. 명상을 통해 욕구에 집중하는 과정을 통해 내면의 치료 효과를 도모하였다. 또한 감사하기 표현은 인생에 긍정적 경험을 상기시켜 직접 말하기 훈련을 하여 대상자가 자신감을 가지고 의사소통 할 수 있도록 하였다.

5회기는 ‘분노 감정 이해하기’ 주제로 분노의 정의와 기능, 원인, 분노 조절의 필요성 및 분노할 때 나타나는 신체적, 정서적, 인지적 반응에 대해 학습하였다. 분노 상황을 관찰, 느낌, 욕구, 부탁 순서로 정리하여, 당시 신체적, 정서적, 인지적 반응을 기술하도록 하였다. 이를 통해 대상자가 어떤 상황에서 화가 나고, 화가 나면 어떤 반응이 나타나는지 깨닫는 시간을 가졌다.

6회기는 ‘분노 감정 표현하기’ 주제로 분노란 한 사건을 바라보고 평가하는 방식 때문에 생기는 고통스러운 감정인 것을 알리고, 분노 유발 상황을 객관적으로 기술해보도록 하였다. 그리고 자신에게 자극이 되는 분노는 충족시키고 싶었던 욕구가 있다는 점, 상대방의 느낌과 욕구를 함께 찾아보는 것이 공감이라는 점을 교육하였다(Table 4).

Table 4. Sessions & Contents of NVC - based Anger management Program

Session	Contents
1. NVC basics: feelings & needs	<ul style="list-style-type: none"> • feelings & needs with lists of feelings and needs as the core of emotional intelligence • NVC card game • Difference between thoughts and feelings • Honest expression
2. NVC basics: observation & requests	<ul style="list-style-type: none"> • observation and requests • Difference between evaluation and observation • Distinguishing needs from the strategies to meet needs • How to request? (Formulating clear, doable, present-time requests) • Role plays & Honest expression
3. Refusing	<ul style="list-style-type: none"> • Difference between demands and requests • NVC card game • Guessing the other's feelings, needs, requests • Role plays • Receiving the answer "No." with a willingness to hear underlying feelings and needs. • Saying "No." with awaring of my needs • Empathic connection
4. Self-empathy & saying "Thank you."	<ul style="list-style-type: none"> • Self-empathy & empathy practice • Finding out my regrets, punishments or guilt and try to focus on observation, feelings and needs • Empathic listening • Needs meditation • Saying "Thank you." • Finding out someone who were generous and kind to me and try to focus on observation, feelings and needs
5. Understanding anger	<ul style="list-style-type: none"> • Physiological change of my body when feeling anger • Benefits, cause & effect of anger
6. Expressing anger	<ul style="list-style-type: none"> • Finding out anger before and try to focus on observation, feelings and needs • Role plays • Guessing the other's feelings, needs • Awaring of my real feeling and needs • Formulating clear, doable, present-time requests

3) 프로그램 실행

프로그램의 시행 계획은 정신장애인을 대상으로 한 정신보건프로그램의 효과성에 대한 메타분석(Lieberman et al., 2000; 구슬이 & 김진숙, 2017)을 참고하였다. 즉, 정신장애인을 대상으로 한 프로그램의 진행 시간은 주의집중력의 결핍 등의 이유로 60분~90분이 효과적이고, 주 3회 시행이 효과가 좋으며 참여인원이 적을수록 효과크기가 높다고 권고한 사항을 참고하였다. 개별로 진행되는 6회기의 분노 조절 프로그램으로, 프로그램의 횟수는 일주일에 2~3회, 소요 시간은 45분에서 90분까지 걸렸다. 점심시간부터 오후 7시까지 병동에서 시행하는 프로그램이 없는 시간이었기에, NVC 기반 분노조절 프로그램은 오후 12시 30분부터 오후 9시까지 시행하였다. 오후 9시에는 병동에서 정규 투약을 하는 시간이기 때문에 그 이후에 프로그램은 시행하지 않도록 하였다. 이는 병동환자의 재원일수가 평균 14일~17일인 점, 주 3회 시행하여야 효과가 좋고, 정신병동에서 공격행동이 오후 1시에서 8시 사이에 발생한다는 점(전태연 외, 1997)을 고려한 것이다. 1회기~4회기까지는 프로그램의 가장 핵심인 NVC의 기본 원리를 다루었고, 5회기~6회기는 말하기 연습과 상황극 등을 이용하여 분노를 표현하는 내용으로 구성하였다.

5. 자료 수집 절차

이 연구의 자료 수집은 2017년 8월 2일부터 2018년 12월 4일까지 진행되었다. 실험 처치의 확산 효과를 막기 위해 대조군 모집이 완료된 후 14일이 경과된 후 실험군 모집을 실시하였다. 14일의 시간차를 둔 이유는 병동의 평균 재원일수가 14일이었기 때문이다. 먼저 대조군은 2017년 8월 2일부터 2017년 11월 30일까지 사전 및 사후 조사를 실시하였고, 이후 실험군은 2017년 12월 14일부터 2018년 12월 4일까지 동년 12월 말까지 사전조사, 실험처치, 사후조사를 실시하였다.

1) 연구 대상자 보호 심사 위원회 승인

이 연구는 서울 소재 S 대학교 병원 정신건강의학과로부터 자료수집 허락을 받았고, 서울대학교병원 임상시험심사위원회의 승인(H-1701-092-825)을 받았다. 연구 대상자를 위한 서면으로 된 설명서 및 동의서에는 연구의 목적 및 절차, 기대되는 이익, 연구자 연락처, 언제든지 연구를 중단할 수 있는 권리 등을 명시하여 자발적 의사로 연구에 참여하게 하였다. 이 연구가 진행되며 얻어진 환자의 신상 관련 모든 기록은 비밀이 보장되었고, 연구 결과가 출판되더라도 비밀로 유지된다.

2) 사전조사

대조군과 실험군 모두 연구 참여에 동의하였고 분노표현 검사 설문지를 시행한 결과 점수가 15점 이상인 경우 연구에 참여하게 되었다. 15점 이상인 경우에 자아존중감, 공격행동에 대한 설문지를 추가로 제공하여 사전조사를 시행하였다.

3) 실험중재

이 연구의 실험 중재는 한국비폭력대화 센터에서 제공하는 NVC 1과 NVC 2의 교육 내용을 정신병동 입원환자를 위해 재구성한 분노조절 프로그램이다. 재원일수가 14~17일로 길지 않은 점을 고려하여, 급성기 증상이 완화되고 분노 표현 점수가 15점 이상인 환자 중 실험군에게 2~3일에 한번씩 6회기를 실시하였다. 퇴원을 각 회기는 탄력적으로 운영하여 최소 45분에서 최대 90분으로 평균 60분이 소요되었다. 대조군에게는 병동에서 이루어지는 일반적인 프로그램이 제공되었다. 이 프로그램은 개인 정보 보호를 위해 대상자가 입원한 보호병동의 면담실에서 진행되었다.

4) 사후조사

사후조사는 실험군은 실험 중재 마지막 회기에, 대조군은 사전조사를 시행한 날로부터 약 2주 후 사후조사를 시행하였다. 일반적 특성에 대한 사항은 입원 시 간호기본정보조사 및 의무기록을 참고로 작성하였다. 사후 조사 검사는 사전조사와 동일한 설문지를 사용하였고, 사전 및 사후조사 시행에 소요된 시간은 실험군과 대조군 모두 약 14일~19일이었다. 연구 참여한 각 그룹의 대상자에게는 감사의 표시로 오천원의 사례품(티머니 카드/카드 충전)을 제공하였다.

6. 자료 분석

- 1) 본 연구대상자의 일반적 특성을 확인하기 위해 평균과 백분율, 표준편차의 기술 통계로 분석하였다. 실험군과 대조군의 일반적 특성에 대한 동질성 검증은 t-test와 χ^2 검정을 통해 분석하였다.
- 2) 실험군과 대조군의 사전 종속변수에 대한 동질성 검증은 independent t-test를 이용하였다.
- 3) 실험군과 대조군의 사후 점수에 대한 정규성을 검증하였다. 본 연구의 표본수가 50개 미만으로 Shapiro-Wilk test로 검정하였다. 정규 분포하는 변수는 independent t-test로, 정규 분포하지 않는 변수는 Mann Whitney test로 검정하였다.
- 4) 자아존중감, 분노표현, 공격행동에 대한 설문 문항의 신뢰성 검증을 위해 Cronbach's α 로 분석하였다.
- 5) 각 변수에 대한 기초통계를 분석한 결과 이상값(Outlier)으로 확인된 값은 분석에서 배제하였다. 상자그림(Fig 3)은 최소값, 제 1사분위수(Q1), 중앙값(Median), 제3사분위수(Q3), 최대값으로 총 5가지 통계량으로 구성된다. 사분범위(Interquartile range, 이하 IQR)란 중간에 50%의 데이터들이 흩어진 정도를 의미하고 'Q3-Q1'로 계산한다. 직사각형의 밑변과 윗변을 제 1사분위수, 제 3사분위수로, 상자 안의 직선은 중앙값이고, 상자그림의 꼬리부분에 대한 경계값을 구성하기 위해 안쪽 울타리와 바깥쪽 울타리라 부르는 극한(최소값과 최대값)이 있다. 안쪽 울타리는 제 1사분위(Q1)로부터 아래쪽으로 1.5배 사분위 범위의 거리에 위치(1.5*IQR)하고, 위쪽 울타리는 제 3사분위(Q3)로부터 위쪽으로 1.5배 사분위 범위 안에 있는 자료값들 중 가장 큰 값을 의미한다. 상자의 끝에서 3*IQR 거리에 위치할 때는 특별한 분석을 요구하는 매우 극단적인 측정값인데, 이는 왼쪽이나 오른쪽 등 한쪽 방향으로 기울어진

분포에서 측정값들의 0.01% 미만 만이 바깥쪽 울타리로 떨어져 이상값으로 볼 수 있다.

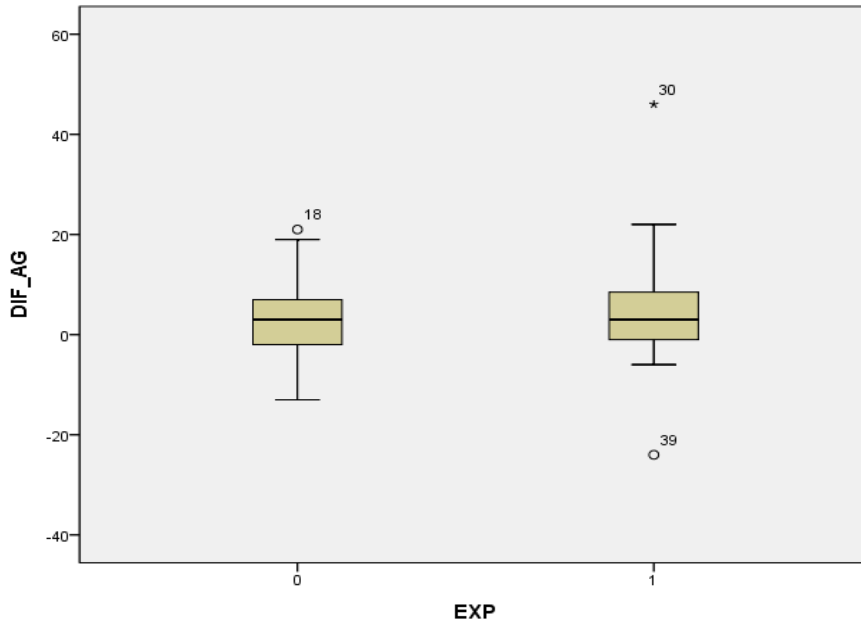


Fig 3. Box plot (Outlier)

이 연구에서 수집된 자료는 SPSS/WIN 22.0 프로그램으로 분석하였으며, 통계적 유의수준은 .05이다.

V. 연구 결과

1. 프로그램의 운영

연구자 1인이 개별 프로그램을 진행하였다. 프로그램은 정신병동의 면담실과 활동요법실에서 이뤄졌다. 장소는 조용하고 개인적인 이야기를 할 수 있는 외부와 분리된 공간이었다. 실험군과 대조군은 각 28명으로 배정하였지만 대조군 5명과 실험군 5명이 모두 도중에 개방병동에 전동을 가거나, 빠른 퇴원을 하게 되어 최종적으로 대조군 23명과 실험군 23명이 연구에 참여하였다. 각 변수 자아존중감, 분노표현, 공격행동에 대한 기술통계를 시행한 결과, 차이의 95% 신뢰구간에서 이상값(outlier)으로 확인된 실험군 중 1명은 연구에서 제외되고(Table 5), 전기충격치료(Electroconvulsive Therapy, 이하 ECT)를 받은 경우 단기 기억상실증으로 인해 프로그램 참여가 어려워 실험군 중 1명이 더 제외되었다. 최종적으로 이 연구에서는 실험군 2명을 제외한 실험군 21명, 대조군 23명으로 총 44명을 대상으로 하였다.

2. 이상값(Outlier)

이상값(Outlier)이란 관측값이 다른 값들과 비교하여 비정상적으로 작거나 큰 값을 갖는다(Motulsky, 2017). 각 변수에 대한 기초통계를 분석한 결과, 공격행동에서 30번(Fig 3)은 사전 53점, 사후 99점이었고, 대상자 전체 공격행동 점수의 평균은 사전 55.25점($SD=11.81$), 사후 51.98점($SD=10.51$)이었다. 사전 공격점수의 최소-최대값은 36점에서 79점, 사후 공격점수의 최소-최대값은 34점에서 73점의 범위를 보였고, 30번의 사후 공격행동 점수는 제 3사분위수($Q3$) 59.75점으로부터 위쪽으로 1.5배 사분위 범위 안에서 자료값 중 가장 큰 값보다 더 극단으로 치우쳐 있어 이상값으로 측정되어 연구에서 배제되었다(Table 5).

Table 5. Outlier

	Outlier(30*)	M(SD)	IQR	(Q1, Q3)	Median	Min	Max
Pre-aggression	53.00*	55.25 (11.81)	18.5	(46.50,65.00)	51.00	36	79
Post-aggression	99.00*	51.98 (10.51)	15.75	(44.00,59.75)	50.00	34	73

3. 실험군과 대조군의 동질성 검정

1) 일반적 특성

실험군과 대조군의 인구사회학적 특성에 대한 동질성 검정 결과 종교를 제외하고 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다 (Table 7).

이 연구의 대상자 44명 중 남성이 20명, 여성이 24명으로 각각 전체의 45.5%와 54.5%를 차지하였다. 평균 연령은 30.73세(± 8.28)였고 19세부터 50세까지의 범위를 보였다. 결혼 상태는 미혼인 경우가 전체의 86.4%로 대부분을 차지하였다. 종교가 있는 경우가 실험군은 61.9%, 대조군은 30.4%로 차이가 있었다. 사회경제적 상태는 ‘중’이 65.9%, ‘하’가 22.7%, ‘상’이 11.4% 순이었고, 현재 직업이 있는 경우가 84.1%, 직장이 없는 경우가 33.3%로 나타났다 (Table 6). 실험군과 대조군의 질병 특성에 대한 동질성 검정결과 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다 (Table 7). 발병기간은 100.09개월($SD=82.569$) 이었고, 입원 형태는 동의입원 43.2%, 자의입원 29.5%, 보호의무자에 의한 입원 27.3% 순으로 많았다. 대상자의 진단명을 살펴보면, 조현병 및 조현병 스펙트럼 장애 56.8%, 양극성 장애 18.2%, 우울 장애 13.6%, 강박 장애 4.5%, 외상 후 스트레스 장애, 불안 장애, 사회 공포증등의 기타 진단 6.8%순으로 나타났다 (Table 6).

Table 6. Homogeneity Test of General Characteristic between the Experimental and Control Group (Total = 44)

Characteristics	Categories	Exp. (n=21)		Cont. (n=23)		χ^2/t	p-value
		n(%) or M \pm SD	n(%) or M \pm SD	n(%) or M \pm SD	n(%) or M \pm SD		
Gender	Male	7	(33.3)	13	(56.5)	2.381	.123
	Female	14	(66.7)	10	(43.5)		
Age(year)		29.86 \pm 8.765		31.52 \pm 8.09		0.655	.516 ^{b)}
Marital state	Married	3	(14.3)	2	(8.7)	1.533	.465
	Divorced separation	1	(4.8)	0	(0.0)		
	Unmarried	17	(80.9)	21	(91.3)		
Education	< Middle school	0	(0.0)	2	(8.6)	2.296	.513
	High school	10	(47.6)	12	(52.2)		
	University	11	(52.4)	9	(39.1)		
Religion	Have	13	(61.9)	7	(30.4)	4.385	.036
	Have not	8	(38.1)	16	(69.6)		
Economic Status	High	4	(19.0)	1	(4.3)	3.350	.187
	Middle	14	(66.7)	15	(65.2)		
	Low	3	(14.3)	7	(30.4)		
Present job	Have not	17	(77.3)	20	(87.0)	.296	.693 ^{a)}
	Have	4	(17.4)	3	(13.0)		
Duration of disease (month)		102.86	\pm 70.74	97.57	\pm 93.6	-2.10	.835 ^{b)}
Type of hospitalization	자의입원	6	(27.3)	7	(30.4)	0.373	.830
	동의입원	10	(45.5)	9	(39.1)		
	보호의무자에 의한 입원	5	(22.7)	7	(30.4)		
Diagnosis	Schizophrenia [†]	10	(47.6)	15	(65.2)	1.746	.782
	Bipolar dx [‡]	5	(23.8)	3	(13.0)		
	Depressive dx	3	(14.3)	3	(13.0)		
	OCD	1	(4.5)	1	(4.3)		
	Others [§]	2	(9.5)	1	(4.3)		

Exp. = experimental group; Cont. = control group, ^{a)} Fisher's exact test

[†]Schizophrenia spectrum and other psychotic disorder include schizophrenia, schizoaffective disorder and psychotic disorder.

[‡]Bipolar disorder include bipolar I & II disorder

OCD; Obsessive compulsive disorder

[§]Posttraumatic stress disorder, social phobia.

^{a)}Fisher's exact test

^{b)}t-test

2) 중재 전 종속변수의 동질성

프로그램을 실시하기 전 실험군과 대조군의 자아존중감, 분노표현, 공격행동 변수의 사전 동질성을 검정한 결과는 Table 8과 같다. 자아존중감($t = 1.010$, $p = .318$), 분노표현($t = -1.294$, $p = .065$), 공격행동($t = .667$, $p = .509$)은 유의한 차이가 없어 동질하게 나타났고, 분노억제 ($t = -2.484$, $p = .017$)는 유의한 차이가 있어 동질하지 않게 나타났다(Table 7).

Table 7. Mean Equality of baseline value between groups of variables (Total = 44)

Variables	Experimental (n=21)	Control (n=23)	t	p-value
	Mean \pm SD	Mean \pm SD		
Self-esteem	22.86 \pm 6.59	24.78 \pm 6.05	1.010	.318
Anger-expression	31.14 \pm 7.34	26.87 \pm 7.6	-1.294	.065
Anger-out	15.86 \pm 4.80	14.65 \pm 3.35	-.973	.336
Anger-in	20.19 \pm 4.75	17.13 \pm 3.36	-2.484	.017
Anger-control	20.90 \pm 3.85	20.91 \pm 4.87	.006	.995
Aggression	54.00 \pm 11.04	56.39 \pm 12.60	.667	.509

4. 가설 검정

제 1 가설. 실험군의 자아존중감의 사전 사후 점수 차이는 대조군의 사전 사후 점수 차이보다 클 것이다.

두 집단의 전후 차이에 대해 independent t-test 를 시행한 결과, 통계적으로 유의한 차이가 없어($t=1.557$, $p=.127$) 이에 가설 1은 기각되었다(Table 8).

프로그램에 참여한 실험군과 대조군의 사전 사후 점수 차이에 대해 Shapiro-Wilk 검정을 수행하였다. 실험군($p=.465$)과 대조군($p=.724$) 모두 정규성을 띤다고 가정할 수 있어 독립표본 t-test를 시행하였다. 실험군의 자아존중감의 사전 사후 점수의 차이는 실험군이 -2.95 점($SD=4.60$), 대조군이 -1.00 점($SD=3.71$)이었다. 실험군의 자아존중 감 점수의 차이가 더 큰 폭으로 증가했음을 알 수 있으나, 이는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다($t=1.557$, $p=.127$).

Table 8. Comparison of differences of Self-esteem between groups (Total = 44)

Variable s	Group	Pre-test	Post-test	Difference	t	p-value
		Mean \pm SD	Mean \pm SD	Mean \pm SD		
Self-esteem	Exp.	22.86 \pm 6.0	25.81 \pm 6.3	-2.95 \pm 4.60	1.557	.127
	(n=21)	5	8			
	Cont.	24.78 \pm 6.0	25.78 \pm 6.4	-1.00 \pm 3.71		
	(n=23)	5	7			

Exp. = experimental group; Cont. = control group

제 2 가설. 실험군의 분노 표현의 사전 사후 점수 차이는 대조군의 사전 사후 점수 차이보다 클 것이다.

두 집단의 전후 차이에 대해 independent t-test 를 시행한 결과, 통계적으로 유의한 차이를 보여($t = -2.425$, $p = .020$) 이에 가설 2는 지지되었다(Table 9).

프로그램에 참여한 실험군이 참여하지 않은 대조군과 비교했을 때, 분노 표현이 감소하고, 내면으로 분노 억제하는 것이 줄었다. 프로그램에 참여한 실험군과 대조군의 사전 사후 점수 차이에 대해 Shapiro-Wilk 검정을 수행하였다. 전체 분노 표현은 실험군($p = .296$)과 대조군($p = .053$) 모두 정규성을 띤다고 가정할 수 있어 독립 표본 t-test를 시행하였다. 하위 영역에 분노 조절도 실험군($p = .296$)과 대조군($p = .372$)이 정규성을 띄어 동일한 독립 표본 t-test를 하였고, 나머지 분노 표출의 실험군($p = .049$)과 대조군($p = .157$), 분노 억제의 실험군($p = .044$)과 대조군($p = .908$)은 정규 분포하지 않아 Mann-Whitney test를 시행하였다.

실험군의 사전 사후 전체 분노 표현 점수의 차이는 실험군이 5.43점($SD=8.92$), 대조군이 0.17점($SD=5.11$)이었고, 이는 통계적으로 유의한 차이가 있었다($t = -2.425$, $p = .020$). 하위 영역에 분노표출, 분노억제, 분노조절을 점수를 분석한 결과, 사전 사후 분노표출 점수의 차이는 실험군이 1.57($SD=3.84$), 대조군이 -0.57점($SD=2.59$)로 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다 ($Z = -1.79$, $p = .073$). 사전 사후 분노억제 점수의 차이는 실험군이 3.81점($SD=3.75$), 대조군이 0.48점($SD=3.30$)이었고 실험군의 분노 억제의 사전 사후 점수 차이는 대조군의 점수 차이에 비하여 통계적으로 유의한 차이가 있었다($Z = -2.835$, $p = .005$). 마지막으로 사전 사후 분노조절 점수의 차이는 실험군이 -0.48점($SD=4.35$), 대조군이 -0.26점($SD=3.48$)이었고 분노 조절의 사전 사후 점수 차이($t = -1.80$, $p = .073$)는 통계적으로 유의한 차이가 없었다(Table 9).

Table 9. Comparison of differences of anger-expression between groups (Total = 44)

Variables	Group	Pre test	Post test	Difference	t or Z	p-value
		Mean \pm SD	Mean \pm SD	Mean \pm SD		
Anger-expression	Exp. (n=21)	31.14 \pm 7.60	25.68 \pm 9.48	5.43 \pm 8.92	-2.425	.020 ^{a)}
	Cont. (n=23)	26.87 \pm 7.60	26.70 \pm 8.22	0.17 \pm 5.11		
Anger-out	Exp. (n=21)	15.86 \pm 4.80	14.29 \pm 4.51	1.57 \pm 3.84	-1.790	.073 ^{b)}
	Cont. (n=23)	14.65 \pm 3.35	15.22 \pm 4.32	-0.57 \pm 2.59		
Anger-in	Exp. (n=21)	20.19 \pm 4.75	16.83 \pm 4.99	3.81 \pm 3.75	-2.835	.005 ^{b)}
	Cont. (n=23)	17.13 \pm 3.36	16.65 \pm 2.92	0.48 \pm 3.30		
Anger-control	Exp. (n=21)	20.68 \pm 3.90	21.00 \pm 4.42	-.048 \pm 4.35	-1.80	.858 ^{a)}
	Cont. (n=23)	20.91 \pm 4.87	21.17 \pm 4.22	-0.26 \pm 3.48		

Exp. = experimental group; Cont. = control group

^{a)} t-test, ^{b)} Mann Whitney test

제 3 가설. 실험군의 공격행동의 사전 사후 점수 차이는 대조군의 사전 사후 점수 차이보다 클 것이다.

두 집단의 전 후 차이에 대해 independent t-test 를 시행한 결과, 통계적으로 유의한 차이가 없어($t=.266$, $p=.792$) 이에 가설 3 은 기각되었다(Table 10).

프로그램에 참여한 실험군과 대조군의 사전 사후 점수 차이에 대해 Shapiro-Wilk 검정을 수행하였다. 실험군($p=.154$)과 대조군($p=.828$)은 모두 정규 분포하고 있어 독립표본 t-test를 시행하였다. 사전 사후의 공격행동 점수의 차이는 실험군이 2.90점($SD=9.28$), 대조군은 3.61점($SD=8.29$)으로 나타났다. 실험군과 대조군의 사전 사후 공격행동 점수의 차이 검증에서 유의한 차이를 보이지 않았다($t=.266$, $p=.792$).

Table 10. Comparison of differences of Aggression between groups (Total = 44)

Variables	Group	Pre test	Post test	Difference	t	p-value
		Mean \pm SD	Mean \pm SD	Mean \pm SD		
Aggression	Exp. (n=21)	54.00 \pm 11.04	51.10 \pm 11.25	2.90 \pm 9.28	.266	.792
	Cont. (n=23)	56.39 \pm 12.60	52.78 \pm 9.98	3.61 \pm 8.29		

Exp. = experimental group; Cont. = control group

VI. 논 의

1. 분노조절 프로그램의 효과

본 연구는 Garofalo 등(2016)이 제시한 공격성 다중매개 모형(Aggression Multiple Mediation Model)을 기반으로 하여 일 대학병원의 정신병동 입원 환자에게 NVC 기반 분노조절프로그램을 제공하고 그 효과를 검증하고자 시행되었다.

가설 검증의 결과 주목할 만한 결과를 보여준 부분은 분노의 영역이었다. NVC가 분노를 적절히 표현하고 관리하는데 유용한 중재가 될 것이라는 가설이 지지되었다. 보호병동처럼 제한이 많은 치료 환경에서는 분노를 쉽게 느끼고 공격행동을 할 수 있으므로, 세심한 중재가 필요하다고 한 다른 연구(Bowers et al., 2009)에서 강조한 바와 같이 분노를 중재하고자 NVC 기반 분노조절 프로그램을 제공하였다. 그 결과, 이 프로그램에 참여한 실험군의 전체 분노 표현 점수가 감소하였고, 하위 영역에 분노 억제 점수 또한 참여하지 않은 대조군에 비하여 뚜렷하게 감소하였다.

집단이 아니라 개별로 대상자에게 맞춰 프로그램을 제공하는 것이 효과가 있었음을 시사한다. 정신질환을 지닌 대상자들은 대체로 분노 감정을 느낄 때 마음 속으로 대상을 비난하거나 회피할 뿐 내면으로 억제하는 방식으로 대처하는데(정호성, 송지영, & 정근재, 2000), NVC의 과정을 통해 자신의 느낌과 욕구를 사회가 용인하는 적절한 방식으로 표현할 수 있게 되었다는 것은 의미 있는 결과이다. 즉, NVC 기반 분노조절프로그램은 대상자가 분노를 적절하게 표현하여 분노를 공격적이거나 파괴적으로 표출하는 것을 예방하는 유용한 방법이다.

또한 단기간의 훈련을 통하여 대상자의 전체 분노 표현 및 분노 억제 점수가 감소된 것은 주목할 만하다. 정신병동 입원치료 기간 동안 대상자가 분노를 조절하는 수준까지는 미치지 못하여도 분노를 참거나 부적절하게 표출하는 것은 감소시킬 수 있다는 것을 입증하였다. 현재 임상에서 정신병동 입원환자의 재원일수가 단축되고 있고 빠른 퇴원으로 인한 탈락률이 발생함에도 불구하고, 정신병동 입원 환자들의 분노를 적절히 조절하기 위하여 중재가 가능하다는 것을 의미한다.

연구 결과 NVC를 통하여 대상자의 분노표현과 분노억제가 감소했다는 것이 밝혀졌고, 이 점은 정신병동 입원환자에게 반드시 제공되어야 하는 중재라는 것을 의미한다. Ekman(1982, 2003)의 연구에서 정서상태를 표현하는 방식은 개인이 어릴 때부터 사회화되고 특정 상황에서 정서를 억제 혹은 표현할 지 결정되는데, 가족과 동료 사이에서 분노를 표현하는 것을 일상적인 것으로 수용하는 개별주의 문화유형의 국가가 있는 반면에, 집단주의 문화 유형의 한국은 분노의 경험이나 표현을 극히 경계하는 것으로 나타났다(조궁호, 김지연, & 최경순, 2009). NVC 프로그램을 통해 정신병동 입원환자들이 분노를 적절하게 표현하고 분노를 지나치게 억제하지 않는 것이 가능하다는 긍정적인 결과를 확인하였다. 즉, 분노를 억제하는데 익숙한 한국 문화 안에서 자란 대상자들이 분노를 억제하지 않고 솔직하게 표현할 수 있게 되었고, 정신병증으로 인해 분노의 감정을 표현하기 어려워하는 대상자들이 감정을 언어로 표현하는 훈련에 참여하여 긍정적인 변화를 보인 것이다. 이는 NVC 기반 분노조절프로그램이 임상에서 효과적이고 유용하다는 것을 보여준 결과라고 본다.

NVC의 과정을 통해 분노표현이 감소한다는 것은 알코올 중독자(양정운, 2017), 간호사(M. Lee & Lee, 2016)를 대상으로 NVC를 적용한 선행연구를 통해서도 입증되었다. 이들 프로그램에서 적용한 교육은 대상자의 분노를 감소시키는데 도움이 되었다. 하지만 아직 NVC의 과정을 통해 분노를 조절하는 효과를 입증한 연구는 그 수가 매우 적고, 이화자와 김순옥(2010)은 NVC를 통해 본 분노 감소의 효과는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않는다는 반대의 결과를 보고하여, 앞으로 더 NVC 효과를 보기 위한 연구가 이뤄져야 할 것으로 생각된다.

연구 결과 대상자의 공격행동 점수는 통계적으로 유의하게 감소하지 않았다. NVC 기반 분노조절프로그램의 효과가 공격행동에서 지지되지 않은 이유는 세가지 측면에서 살펴보고자 한다. 첫째, 정신질환을 지닌 사람은 분노를 적절히 돌보지 못해 공격행동을 자주 보인다는 연구(Bjorkly, 2002; Dunn et al., 2007)와 달리, 본 연구에서는 대상자가 뚜렷한 공격행동을 나타내지 않았는데, 이는 입원 시 병동에서 환자에게 타인을 공격하거나 피해를 주지 않도록 요구되는 규범을 설명하고 공격행동이 일어나지 않도록 사전에 예방하기 때문인 것으로

생각된다. 입원환경 자체가 환자의 공격성을 희석시키고 높은 수준의 환자 케어(care)가 영향을 주었을 것이다(Rampling et al., 2016).

둘째, 연구에 참여한 대상자들은 입원한지 4~5일이 지나 급성기(acute stage)에서 벗어난 후이므로, 프로그램 참여 전 공격행동 점수를 측정할 때 연구 시작 시점부터 감소할 것으로 추정된다.

마지막으로, 본 연구에서 공격행동을 자가보고식으로 측정하였는데, 이는 대상자의 사회적 바람직성 편향(social desirability bias)을 배제하기 어려워, 향후에 관찰형 도구로 공격행동의 변화를 측정하면 프로그램 참여 후 공격행동의 변화를 보다 정밀하게 측정할 수 있을 것이라고 생각된다(Otte et al., 2018). 또한 입원 중인 대상자의 공격행동은 과거의 공격력(history)과 현재 임상에서 대상자의 정신병적 상태가 중요한 영향을 미치기 때문에, 향후 공격성에 대해 HCR-20과 같은 관찰형 도구로 측정한 연구가 시행되어야 할 것이다(Daffern et al., 2017).

본 연구에서 공격행동을 AQ-K 척도(Buss & Perry, 1992)로 측정하였는데, 본래 도구는 5점 척도이지만 장덕현과 조성겸(2017)은 중간점이 있는 5점 척도는 지식을 측정하거나 변화나 전망을 묻는 질문처럼 알 수 없거나 예상이 불가능할 때 타당하고, 일반적 태도에 대한 질문은 중간점 없는 4점 척도가 사실을 덜 왜곡하는 결과를 보인다고 하였다. 이를 이를 토대로, 문정희(2015)의 연구에서와 같이 공격행동 척도를 4점 척도로 수정하였다.

NVC를 통하여 자아존중감을 측정하였으나, 본 연구에서는 대조군과 실험군이 지닌 통계적으로 유의한 차이를 찾을 수 없었다. 이는 NVC가 자아존중감을 향상시키는데 효과적이라고 보고한 많은 선행연구(김신아, & 황영식, 2012; 이민자, 2010; 이화자, & 김순옥, 2010)와 다른 결과이다. 그 이유를 다음의 두 가지로 추정해 볼 수 있다. 첫째는 자아존중감이 비교적 지속적인 개인 내적 특성이기에(Rosenberg, 1965) 단기간의 중재로는 변화가 어려웠다는 점이다. 본 연구에서는 재원일수를 고려하여 부득이하게 단기간의 훈련을 제공했지만, 장기간 꾸준히 훈련한다면 긍정적인 결과를 기대할 수 있을 것이다.

여러 메타 분석에서 프로그램의 회기와 운영시간이 자아존중감 향상에 유의미한 영향을 준다고 나타났다(김신향 & 김형수, 2014; 김현민 & 권현용, 2017). 노인 집단에는 총 20회기 이상, 주 3회

이상일 때 가장 효과가 있었고 청소년 집단은 총 15회기 이상, 한 회기에 150분 진행하는 것이 좋고, 운영시간을 늘려 대상자가 충분히 표현할 수 있도록 하는 것이 중요하다고 하였다(김현민 & 권현용, 2017). 또한 NVC 중재연구의 통합적 고찰(양정운 & 김성재, 2016)에서 회기 수가 8 ~ 11회로 진행될 때 유의한 결과를 보였기 때문에, 대상자들에게 충분한 회기를 제공하지 못했던 것에 그 원인이 있을 것으로 추측된다. 정신병동 입원환자는 6회기 프로그램이 자아존중감 증진에 충분하지 않기 때문에 회기를 늘리는 것이 필요할 것이라 생각되고, 이는 김정숙과 임영미(2010)가 프로그램을 반복하여 제공하거나 회기를 더 증가시킬 필요가 있다고 보고한 것과 일치한다.

정신병동 입원 환자들을 대상으로 한 선행연구에서는 프로그램에 참여한 대상자가 탈락하는 주된 이유가 빠른 퇴원에 있다고 보고되었다(문병준, & 김수진, 2015; 정재원, & 김성재, 2017; 이재운, & 하재현, 2018). 또 알코올 문제로 입원한 환자들의 퇴원 계획에 대한 사전 정보를 토대로 대상 집단을 구성하였음에도 개인 및 가족 문제로 퇴원이 앞당겨지거나 자발적으로 퇴원을 조정하는 것이 가능하여 예측이 어렵다고 하였다(이정화, & 손정락, 2013). 그런 이유로 프로그램 참여자의 중도 이탈을 고려해 보호병동 입원 환자에게는 단축형 혹은 단기집중 프로그램의 적용이 더 적합하다고 강조하였고(김규남, 이상일, & 김정모, 2017), 이에 본 연구는 4 ~ 6회의 개별 단기 프로그램을 제공하였다.

또한 보호병동 내에서는 환자들이 프로그램에서 배운 내용을 스스로 훈련하는 시간을 갖기 힘들고, 제한된 치료 환경도 영향을 미치기 때문에(김규남, 이상일 & 김정모, 2017), 입원 재원일수가 14 ~ 17일로 2주라는 다소 짧은 기간에 제공된 중재의 양이 4 ~ 6회로 적기 때문에 본 연구에서 자아존중감 점수는 변화가 없었다. 본 연구에서 자아존중감이 변화할 수 있도록 충분한 시간을 확보하지 못하였으므로 후속 연구에는 지역사회 센터에서 대상자들에게 최소 8회기로 프로그램을 제공하여 자아존중감의 변화에 대해 살펴볼 필요가 있다.

본 연구에서는 단기 프로그램을 제공하여 개인 내적 특성인 자아존중감은 변화하지 않았다. 자아존중감이라는 변수 자체가 단기간에 변화 가능한 요소가 아니며, 정신병동에 입원하는 2주 정도의 짧은 기간 동안에 변화를 측정 하는 데에는 한계가 있기 때문이다. 이를 해소하기

위해 향후 NVC가 자아존중감에 긍정적인 영향을 주는지에 대한 장기적인 연구가 필요하다. 이 때 대상자는 퇴원 후 외래에서, 그리고 지역사회에서 지속적으로 NVC의 자기공감 및 자기이해, 자신의 감정을 표현하는 의사소통기술 등의 요소를 적극 프로그램에 도입해야 한다고 본다. 비록 본 연구에서 자아존중감 점수가 증가하는 결과를 확인할 수 없었지만, 입원 자체를 부정적으로 인식하여 내재화된 낙인, 혹은 정신병증으로 인해 자아존중감이 저하된 대상자에게는 큰 도움이 될 것이라고 기대된다. NVC를 통해 대상자가 퇴원하기 전에 자신을 이해하고 수용하여 분노의 감정을 적절히 표현하는 법을 알게 된다면, 이후 퇴원 후에 일상으로 돌아가서 지속적으로 자아존중감을 키울 수 있는 역량을 갖추게 될 것이다.

본 연구에 참여한 실험군은 연구자가 진행한 프로그램에 참여하였고, 사전·사후 검사를 연구자가 거의 직접 실시하였기 때문에 중재의 내용에 관계없이 호손효과(Hawthorne effect)로 인해 중재 효과에 영향을 주었을 가능성을 배제할 수 없다. 또한 실험군, 대조군이 한 병동 내에 있으므로 확산효과가 생길 것을 배제할 수 없다. 시간 차이를 두어 연구를 시행하였기에 실험군과 대조군을 무작위 할당하지 못한 점과 연구대상이 일개 정신건강의학과 보호병동에 입원 중인 환자이고 대상자 연령이 평균 29세~31세인 점에서 이 연구 결과를 모든 정신병동 입원환자에게 적용하여 일반화시키기에는 한계가 있어 향후 후속 연구가 필요하다.

2. 연구의 간호학적 의의

본 연구에서는 정신병동 입원 환자의 자아존중감 문제와 분노 상황에서 적절히 감정을 표현할 수 있도록 NVC 프로그램을 구성하여 적용하고 효과를 평가해보았다. 국내에서 정신병동 입원 환자를 대상으로 여러 심리사회적 중재를 적용한 연구가 있으나 NVC를 통하여 자아존중감과 분노, 공격행동에 미치는 영향에 대한 연구는 전무하다. NVC는 감정 표현에 서툰 환자가 잠재되거나 억압된 감정이나 욕구를 표현하도록 하여 자아 존중감을 고양시키고 분노를 유발하는 생각의 핵심에 접근하여 공격행동을 예방하는 것에 유용하다. 이러한 측면에서 본 연구는 NVC 프로그램이 대상자들에게 긍정적인 영향을 미치는 것을 확인하였고, 향후 단기간 동안의 임상이나 퇴원 후 장기적으로 지역사회 현장에서 적용할 수 있는 효과적인 중재라는 것을 확인하였다는 점에서 간호 실무, 교육 및 연구에 의의가 있다.

간호 실무에서의 의의는 NVC가 단기간에 정신병동 입원환자의 분노표현과 분노억제를 감소시키는데 효과적이라는 것이다. 특히 감정을 표현하기 어려워하는 정신병동 환자는 그로그 카드(감정·욕구카드)를 이용하여 언어로 감정을 말할 수 있고, 분노와 좌절감이 들 때 그 내면에 어떤 욕구가 있는지 찾을 수 있었다. 분노를 직접 중재하지 않지만 분노를 유발하는 자극을 발견하고, 분노를 적절하게 표현할 수 있도록 하여 공격 행동을 예방하는 과정이 직접 중재하는 행동치료와는 다르다. 짜임새 있는 구체적인 의사소통 기술을 통하여 분노를 적절히 표현할 수 있고, 자기 공감 및 자기 이해를 통해 자신과 타인을 이해할 수 있도록 하는 NVC는 분노 및 공격행동을 예방하는 차원에서 실용 가능성이 있다. 실제로 불건강한 방식의 분노 표현과 분노 억제를 감소시키는 충분히 가치 있는 중재이다. 내재적인 특성인 자아존중감은 단기간에 변화를 추구할 수 없기 때문에 향후에는 지역사회 센터에 연계된 환자들에게 지속적인 퇴원 후 프로그램으로 활용될 수 있을 것이다.

본 연구의 간호 교육에서 의의는 입원치료 기간에 병동에서 NVC 프로그램에 참여하면 대상자가 분노표현과 분노억제가 감소하는 교육의 효과를 보였다는 것이다. NVC는 대상자가 흥미를 갖고 배우기 쉽고,

일상생활에서 활용할 수 있다. 향후에는 개방 병동과 낮 병동 등의 치료환경 및 지역사회 센터로 그 적용 범위를 확장하여 NVC가 임상과 지역사회에서 대상자에게 제공되는 실용적인 프로그램이 될 수 있다고 기대된다.

간호 연구의 의의는 현재까지 정신질환을 지닌 사람을 대상으로 NVC 기반 분노조절프로그램을 시행하여 정신병동 입원환자의 자아존중감, 분노표현 및 공격행동에 미치는 효과를 검증한 최초의 연구라는데 있다. 또한 임상간호 현장에서 대상자의 입원기간이 점점 단축되고 있음에도 제공할 수 있는 간호 중재가 있고, 특히 집단이 아닌 개별로 중재한다면 간호연구가 가능하다는 것이 확인되었다. 현재까지 정신질환을 겪는 사람을 대상으로 NVC 프로그램을 적용한 연구는 많지 않다. 뿐만 아니라 정신병동 입원 환자에게 NVC 기반의 분노조절 프로그램을 적용한 선행연구는 국내외로 전무하다. 따라서 본 연구는 정신병동 입원환자에게 NVC 기반 분노조절 프로그램을 적용하여 자아존중감을 향상시켜 분노 표현과 공격행동을 감소시키기 위한 연구를 시도했다는 점에 의의가 있다. 나아가 분노에 대처하는 방법으로 자신의 감정을 수용하는 방식으로 분노의 감정을 다루고 실험을 통해 실제 분노 표현점수와 분노 억제 점수가 감소하는 것을 확인하였다. 이는 추후 NVC 기반 프로그램의 개발과 연구에 기초 자료가 될 것이다.

더불어 본 연구에서는 한가지 진단명으로 대상자를 구분하지 않고, 다양한 병증의 환자를 참여시켜 정신병동 입원환자에게 폭넓게 적용이 가능하도록 하여 간호학에 기여할 수 있었다.

VII. 결론 및 제언

본 연구에서는 정신병동 입원환자에게 적용한 NVC 기반 분노조절 프로그램을 토대로 자아존중감, 분노표현 및 공격행동의 변화를 고찰했다. 프로그램의 전체 구성을 위해 Garofalo 등(2016)이 제시한 공격성 다중매개 모형(Aggression Multiple Mediation Model)을 바탕으로 하였고, Rosenberg(2002)의 비폭력대화 모형(Non-Violent Communication Model: NVC Model)의 원리와 기법을 활용하였다. 프로그램에 대한 예비조사와 전문가 검증 후, 회기당 평균 60분으로 진행되는 총 6회기의 개별 프로그램을 구성하였다. 연구에 참여한 대상자는 일 대학병원의 정신건강의학과 보호병동에서 56명을 모집하였고, 최종 실험군 23명, 대조군 21명의 데이터가 결과분석에 포함되었다. 실험군과 대조군으로 구분하고 유사실험설계를 이용하여 2017년 12월부터 2018년 12월까지 본 프로그램을 적용하였다. 연구결과 자아존중감, 분노표현 및 공격행동을 평가하여 자아존중감과 공격행동을 제외하고 분노 표현과 그 하위 영역인 분노 억제 변수에서 유의한 효과가 있음을 확인하였다.

즉, 정신병동 입원환자에게 개별 프로그램을 제공한다면, 입원기간이 점차 단축되고 있는 상황임에도 불구하고 대상자가 분노의 감정을 적절히 표현할 수 있고, 분노의 감정을 느끼더라도 내적으로 억제하거나 그 상황을 회피하지 않고 보다 건강하게 분노에 대처할 수 있다는 것을 확인하였다. 따라서 해당 프로그램은 병원의 낮 병동, 개방 병동 및 지역 사회의 센터에서의 프로그램으로 대상자의 특성과 상황에 맞게 수정·보완되어 활용할 수 있을 것으로 기대된다.

이상의 결과를 바탕으로 다음과 같이 제언하고자 한다.

첫째, NVC 기반 분노조절프로그램이 자아존중감에 효과가 있는지 장기적인 연구를 제언한다. 퇴원 후 낮 병동이나 지역사회 센터를 대상으로 확대하고 6개월 혹은 1년 이상 적용했을 때 효과를 관찰하는 연구가 필요하다.

둘째, 다양한 연령대의 정신장애를 가진 대상자들에게 본 연구의 프로그램을 적용할 것을 제안한다. 본 연구에 대상자는 20대 후반~30대 초반 분포를 보였기 때문이다. 향후 아동기 및 청소년기부터 정신 질환을 지닌 대상자에게 자아존중감 향상을 위한 프로그램을 제공할 것을 제안한다. 자해, 자기 징벌(self-punishment), 평가절하(self-devaluation)를 감소시키는데 더 효과적이라고 나타났기 때문에(Otte et al., 2019), 아동 및 청소년 대상으로 한 본 연구의 프로그램을 적용하는 것이 필요하다. 또한 중장년 및 노년의 대상자에게도 향후 본 연구의 프로그램을 시행한 연구를 제안한다.

셋째, 정신과 간호사의 기본 의사소통 교육과 간호 시스템 안에 NVC 과정을 포함시킬 것을 제안한다.

넷째, 낯 병동이나 지역사회 센터를 이용하여 장기 연구가 가능한 대상자에게는 개별이 아닌 집단 프로그램으로 수정·보완하여 프로그램을 적용할 것을 제안한다. 그래서 집단 프로그램으로 NVC 기반 분노조절 프로그램을 적용하였을 때 효과적인 회기가 몇 회기인지, 집단에 몇 명을 참여시켜야 할지 지속적으로 연구를 진행하는 것이 필요하다.

다섯째, 본 연구에서 확인한 변수들은 자가보고식 질문지를 통해 얻어진 자료이다. 자가 보고는 대상자들의 주관적 견해가 포함되는 오류가 발생할 가능성이 있어, 보다 더 객관적인 평가가 가능하도록 관찰을 통한 심층적인 분석 혹은 제 3자의 객관적인 평가나 면담이 필요하다.

참고 문헌

- 장미숙. (2014). *비폭력대화 프로그램이 다문화 부부의 부부이해도와 결혼만족도에 미치는 효과*. (국내석사학위 논문). 제주대학교 대학원, 제주도.
- 장미정. (2014). *에니어그램 집단 프로그램이 정신질환자의 자아존중감, 대인관계 및 전반적 기능에 미치는 효과*. (국내박사학위 논문). 서울대학교 대학원, 서울.
- 곽은영, 최덕자, 김성재, 최은주, 염은경, 김지연, ... 장선주. (2014). 분노관리프로그램이 정신건강의학과 입원 환자의 분노 표현방식에 미치는 영향. *스트레스研究*, 22(3), 159-167.
- 권석만, & 서수균. (2002). 한국판 공격성 질문지의 타당화 연구. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 21(2), 487-501.
- 권준수, & 신민섭. (2015). *(쉽게 따라하는) 강박증 인지행동치료*. 서울: 학지사.
- 구슬이, & 김진숙. (2017). 분노조절 집단 프로그램의 효과에 대한 메타분석. *한국심리학회지: 상담 및 심리치료*, 29(1), 55-77.
- 국립정신건강센터. (2016). 서울 정신과적 응급상황에서의 현장대응안내, 6-10
- 김경우, & 장현갑. (2007). 한국형 마음챙김 명상에 기반한 스트레스 감소 프로그램 단축형 (6 주) 이 대학생의 불안과 공격성에 미치는 효과. *스트레스研究*, 15(1), 43-49.
- 김규남, 이상일, & 김정모. (2017). 보호병동 입원 중인 정신증적 장애 환자들을 대상으로 한 명상 프로그램의 적용. *인문학논총*, 43, 217-242.
- 김금희, 민기연, & 이영선. (2015). 다문화가정 부부의 의사소통 및 관계 증진 프로그램 개발. *한국콘텐츠학회논문지*, 15(11), 202-214.
- 김미영, 하수정, & 전성숙. (2015). 만성 조현병, 우울증, 조울병 환자의 자살사고 관련요인. [Factors related to Suicidal Ideation in Patients with Chronic Schizophrenia, Depressive Disorder, or Bipolar Disorder]. *정신간호학회지*, 24(4), 217-225.
- 김민정, & 이기학. (2014). 외현적, 암묵적 자존감과 분노 상황에 따른 공격성 차이 연구. [The Relationship of Explicit and Implicit Self-Esteem, Situation, and Aggression]. *상담학연구*, 15(4), 1343-1363.
- 김순임. (2016). *비폭력대화가 고등학생의 자아존중감 및 의사소통에 미치는 효과*. (국내석사학위 논문). 순천향대학교 대학원, 충청남도.
- 김신아, & 황영식. (2012). 공감적 의사소통훈련 프로그램이 수치심경향

- 고등학생의 자아존중감과 공감능력에 미치는 효과. *심리행동연구*, 4(1), 91-111.
- 김신향, & 김형수. (2014). 노인의 자아존중감과 우울 프로그램의 효과성에 대한 메타분석. *사회과학연구*, 40(3), 77-97.
- 김연정. (2004). *대인간호중재행위가 입원한 정신질환자의 자아존중감, 희망, 삶의 질에 미치는 영향*. (국내석사학위논문). 이화여자대학교 대학원, 서울.
- 김은실, & 손현동. (2015). *자존감 향상 프로그램: 원리와 실제*. 서울: 학지사.
- 김정숙, & 임영미. (2010). 자아존중감 증진 프로그램이 재가 만성 정신분열병 환자의 자존감, 우울 및 대인관계에 미치는 효과. *정신간호학회지 제권제호 년월*, 19(4), 12.
- 김정호. (2008). 인지치료 프로그램이 성인의 우울 감소에 미치는 효과. *공주대학교 석사학위논문*.
- 김현민, & 권현용. (2017). 청소년의 자아존중감 향상을 위한 집단미술치료 효과에 대한 메타분석. *미술치료연구*, 24, 157-175.
- 김혜민, & 손정락. (2013). 분노 조절 프로그램이 사회복지시설 거주 정신장애인의 분노, 대인관계기술 및 자아 존중감에 미치는 효과. *스트레스研究*, 21(2), 109-119.
- 문병준, & 김수진. (2015). 유산소운동 프로그램이 남성 만성 조현병 환자의 체질량지수, 기분상태 및 정신증상에 미치는 효과. *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs*, 24(1), 12-21.
- 문정희 (2015). *집단미술치료가 보호관찰대상 남자청소년의 자아존중감과 공격성에 미치는 영향*. (국내석사학위 논문). 원광대학교 대학원, 전라북도.
- 박재우, & 박기환. (2014). 양극성 장애군, 주요 우울장애군 및 정상통제군의 외현적, 암묵적 자존감 수준의 차이. *인지행동치료*, 14(2), 305-317.
- 박현숙, & 이재운. (2017). 입원한 조현병 환자의 내재된 낙인, 분노표현방식 및 정신의료서비스 만족도가 자아존중감에 미치는 영향. *정신간호학회지*, 26(2), 143-150.
- 백정호. (2015). *정신장애인의 대인관계와 공감능력 향상을 위한 비폭력대화 프로그램의 효과성에 관한 연구*. (국내석사학위 논문). 대구대학교 대학원, 대구.
- 보건복지부. (2016). *2016 정신질환실태조사*. 세종: 보건복지부
- 서지민. (2006). 사회기술훈련이 만성 정신분열병환자의 대화기술과 주장행동에 미치는 효과. *정신간호학회지*, 15(1), 22-30.
- 소성섭. (2015). *조현병환자 대상 분노조절 프로그램의 개발 및 효과*. (국내박사학위 논문), 전북대학교 대학원, 전라북도.
- 송미경. (2005). 알코올의존 환자를 위한 인지정서행동적 분노조절 프로

- 그럼 효과 검증. *한국심리학회지: 상담 및 심리치료*, 17(2), 367-381.
- 신지원. (2012). 입원한 정신질환자의 분노와 공격성. (국내석사학위 논문). 이화여자대학교 대학원, 서울.
- 심봉희, 이영숙, & 안성아. (2016). 비폭력대화프로그램이 간호사의 대인 관계능력, 직무스트레스, 정신적 웰니스에 미치는 효과. *한국산학 기술학회논문지*, 17(9), 375-386.
- 안재억. (2010). (*New SPSS 18.0*) 의학·보건학 통계분석 : 병원 전산화 자료 사용. 서울: 한나래.
- 양정운. (2017). *알코올중독자를 위한 비폭력대화 기반 의사소통 훈련 프로그램의 효과*. 서울대학교 대학원, 서울.
- 양정운, & 김성재. (2016). *비폭력대화를 이용한 의사소통 중재연구의 통합적 고찰*. (국내박사학위논문). 서울대학교 대학원, 서울.
- 육혜련. (2015). 사티어 의사소통 훈련 프로그램이 대학생 의사소통의 일치성과 자아존중감 향상에 미치는 효과. *임상사회사업연구*, 12(1), 1-23.
- 윤소현, 김재영, 신성만, (2018). 정신장애인 집단 프로그램의 효과성에 관한 메타분석. *재활심리연구*, 25(4), 583-602.
- 윤홍균. (2016). *자존감 수업 : 하루에 하나, 나를 사랑하게 되는 자존감 회복 훈련*. 서울 : 심플라이프.
- 이민자. (2010). *비폭력대화 프로그램이 어머니의 자아존중감 및 의사소통에 미치는 효과*. (국내석사학위논문), 전남대학교 교육대학원, 광주.
- 이숙. (2003). 간호대학생의 자아상태 활성화를 위한 교류분석 집단프로그램의 효과. *정신간호학회지*, 12(3), 279-286.
- 이요성, 박기창, 신정호, & 한준규. (2000). 정신과 폐쇄병동 입원환자의 공격적 행동에 대한 연구. *정신병리학*, 9(1), 88-96.
- 이용표. (2003). 현장과제를 활용한 정신장애인 사회기술훈련 프로그램의 효과: 역량강화와 증상에 관한 훈련효과를 중심으로. *정신건강과 사회복지*, 15, 77-105.
- 이재운, & 박현숙. (2017). 입원한 조현병 환자의 내재된 낙인, 분노표현 방식 및 정신의료서비스 만족도가 자아존중감에 미치는 영향. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 26(2), 143-150.
- 이재운, & 하재현. (2018). 수용전념치료기반 스트레스 관리 프로그램이 조현병 환자의 입원스트레스, 자기효능감 및 심리적 안녕감에 미치는 효과. *J Korean Acad Nurs*, 48(4), 443.
- 이정화, & 손정락. (2013). 수용-전념 집단치료가 알코올중독 입원환자

- 들의 심리적안녕감과 경험회피 및 인지적융합에 미치는 효과. *스트레스研究*, 21(1), 41-50.
- 이철호, & 이민규. (2007). 분노조절 프로그램이 교도소 수형자의 분노와 자아존중감에 미치는 효과. *한국심리학회지: 사회 및 성격*, 21(1), 35-46.
- 이화자, & 김순옥. (2010). 가족상담 : 경험적 부부집단치료 프로그램의 개발과 효과성 검증 -Satir성장모델과 비폭력대화(NVC)모델의 통합. *상담학연구*, 11(2), 831.
- 이현복. (2018). *조현병 환자를 대상으로 한 비폭력대화 의사소통훈련 프로그램의 효과성 연구*. (국내석사학위 논문). 광주대학교 대학원, 광주.
- 이현주. (2014). 증거기반사회복지실천을 위한 정신보건 프로그램의 효과성에 대한 메타분석 정신장애인을 중심으로. *정신보건과 사회사업*, 42(1), 171-200.
- 장덕현, & 조성겸. (2017). 리커트형 척도의 중간점은 필요한가?: 중간점 있는 척도와 없는 척도 간 측정 결과 비교. *조사연구*, 18(4), 1.
- 장선주, & 하양숙. (2008). 국선도를 활용한 명상 프로그램이 정신과 입원 환자의 스트레스반응, 불안 및 자아존중감에 미치는 효과. *정신간호학회지*, 17(3), 302-310.
- 전겸구, 한덕웅, 이장호, & Spielberger, C. D. (1997). 한국판 STAXI 척도 개발: 분노와 혈압. *한국심리학회지: 건강*, 2(1), 60-78.
- 전병제. (1974). 자아개념 측정 가능성에 관한 연구. *연세 논총*, 11(1), 107-130.
- 전태연, 권용실, 도규영, & 장계호. (1997). 정신과 입원환자의 공격행동 특성. *J Korean Neuropsychiatr Assoc*, 36(3).
- 정재원, & 김성재. (2017). 조현병 재발예방 프로그램이 퇴원전 환자의 병식, 임파워먼트 및 치료준수에 미치는 효과. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 47(2), 188-198.
- 정재원, 장미영, & 신성희. (2018). 안정병동에 입원한 정신질환자의 입원스트레스와 삶의 질의 관계에서 내재화된 낙인의 매개 효과. *동서간호학연구지*, 24(1), 70-80.
- 정호성, 송지영, & 정근재. (2000). 정신분열병 환자의 분노 경험과 표현. *J Korean Neuropsychiatr Assoc*, 39(6).
- 조금호, 김지연, & 최경순. (2009). 문화성향과 분노통제: 분노 수준과 공감의 매개효과를 중심으로. *한국심리학회지: 사회 및 성격*, 23(1), 69-90.
- 조용애. (2009). *중환자실 간호사를 위한 자기주장훈련프로그램의 효과*. 서울대학교 대학원.
- 차선희, & 도복늬. (2002). 입원한 정신과 환자의 가족지지, 자아존중감,

- 무력감. *정신간호학회지*, 11(3), 325-335.
- 최명희. (2016). 분노조절 프로그램이 만성정신질환자의 공격성·분노조절능력·분노표현에 미치는 영향. (국내석사학위 논문). 건국대학교 대학원, 서울.
- 최성일, 김중술, 신민섭, & 조맹제. (2000). 분노표현방식과 우울 및 신체화 증상과의 관계. *한국심리학회 학술대회 자료집*, 2000(1), 252-253.
- 최하나. (2009). *계슈탈트 심리치료에 나타난 마틴 부버의 만남의 수용 및 적용 연구*. (국내석사학위 논문). 고신대학교 대학원, 부산.
- 한덕웅, 이장호, & 전경구. (1998). 한국판 상태 - 특성 분노 표현 척도 (STAXI-K). *한국심리학회지: 건강*, 3(1), 18-32.
- Abramowitz, J. S., Whiteside, S. P., & Deacon, B. J. (2005). The effectiveness of treatment for pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 36(1), 55-63.
- Akdemir, D., Çak, T., Aslan, C., Aydos, B., Nalbant, K., & Çuhadaroglu-Çetin, F. (2016). Predictors of self-esteem in adolescents with a psychiatric referral. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 58(1), 69-78. doi: 10.24953/turkjped.2016.01.010
- American Psychiatric Association. (2018). DSM-5 간편 정신질환진단통계편람. (권준수 역). 서울: 학지사.
- Averill, J. R. (1983). Studies on anger and aggression: implications for theories of emotion. *American psychologist*, 38(11), 1145.
- Ayebami, T. V., & Janet, K. (2017). Efficacy of anger management strategies for effective living among adolescents and youths. *IFE Psychologia: An International Journal*, 25(1), 47-58.
- Bach, P., Gaudiano, B. A., Hayes, S. C., & Herbert, J. D. (2013). Acceptance and commitment therapy for psychosis: intent to treat, hospitalization outcome and mediation by believability. *Psychosis*, 5(2), 166-174.
- Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*: prentice-hall.
- Barry, C. T., Chaplin, W. F., & Grafeman, S. J. (2006). Aggression following performance feedback: The influences of narcissism, feedback valence, and comparative standard. *Personality and Individual Differences*, 41(1), 177-187.
- Beck, J. S. (2011). Cognitive-behavioral therapy. *Clinical textbook of addictive disorders*, 491, 474-501.
- Berkowitz, L. (1988). Frustrations, appraisals, and aversively

- stimulated aggression. *Aggressive Behavior*, 14(1), 3–11.
- Blake, C. S., & Hamrin, V. (2007). Current approaches to the assessment and management of anger and aggression in youth: A review. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 20(4), 209–221.
- Bo, S., Abu-Akel, A., Kongerslev, M., Haahr, U. H., & Bateman, A. (2014). Mentalizing mediates the relationship between psychopathy and type of aggression in schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(1), 55–63.
- Bowers, L., Allan, T., Simpson, A., Jones, J., Van Der Merwe, M., & Jeffery, D. (2009). Identifying key factors associated with aggression on acute inpatient psychiatric wards. *Issues in Mental Health Nursing*, 30(4), 260–271.
- Boyd, J. E., Otilingam, P. G., & DeForge, B. R. (2014). Brief version of the Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: Psychometric properties and relationship to depression, self esteem, recovery orientation, empowerment, and perceived devaluation and discrimination. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(1), 17.
- Blake, S. M. (2002). *A step toward violence prevention: “Non-violent communication” as part of a college curriculum* (Order No. 1407883). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (230611695). Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/230611695?accountid=6802>
- Branden, N. (2015). *자존감의 여섯 기둥 : 어떻게 나를 사랑할 것인가.* (김세진 역). 서울 : 교양인.
- Brantley, J. (2016). *분노 내려놓기 : 마음챙김과 연민을 통한 분노.* (한기연 역). 서울 : 시그마프레스.
- Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of personality and social psychology*, 63(3), 452.
- Carter, C. B. (2012). *Empathy as a crucial skill for instructional coaches: Can it be taught?*(Order No. 3529078). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (1086335914). Retrieved from <http://lps3.search.proquest.com.libproxy.snu.ac.kr/docview/1086335914?accountid=6802>
- Carter, L., & Minrith, F. (1993). *The anger workbook: A 13-step interactive plan*. Nashville: Thomas Nelson.
- Cha, N., & Sok, S. (2014). Depression, self-esteem and anger

- expression patterns of Korean nursing students. *International nursing review*, 61(1), 109–115.
- Cha, N. H., & Seo, E. J. (2012). The relationship between anger expression and self-esteem in nursing college students. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 23(4), 451–459.
- Chambers, R., Gullone, E., & Allen, N. B. (2009). Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clinical psychology review*, 29(6), 560–572.
- Chereji, S. V., Pinte, S., & David, D. (2012). THE RELATIONSHIP OF ANGER AND COGNITIVE DISTORTIONS WITH VIOLENCE IN VIOLENT OFFENDERS' POPULATION: A META-ANALYTIC REVIEW. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 4(1).
- Constantinou, E., Van Den Hout, M., Bogaerts, K., Van Diest, I., & Van den Bergh, O. (2014). Can words heal? Using affect labeling to reduce the effects of unpleasant cues on symptom reporting. *Frontiers in psychology*, 5, 807.
- Corrigan, P., Watson, A., & Barr, L. (2006). THE SELF-STIGMA OF MENTAL ILLNESS: IMPLICATIONS FOR SELF-ESTEEM AND SELF-EFFICACY. *Journal of social and clinical psychology*, 25(8), 875–884. doi: 10.1521/jscp.2006.25.8.875
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35–53.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of social and clinical psychology*, 25(8), 875–884.
- Cox, E. & P. Dannahy (2005). The value of openness in e-relationships: using NVC to guide online coaching and mentoring. *International Journal of Evidence Based Coaching and Mentoring*, 3(1), 39 – 51.
- Creemers, D. H., Scholte, R. H., Engels, R. C., Prinstein, M. J., & Wiers, R. W. (2012). Implicit and explicit self-esteem as concurrent predictors of suicidal ideation, depressive symptoms, and loneliness. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(1), 638–646.
- Creemers, D. H. M., Scholte, R. H. J., Engels, R. C. M. E., Prinstein, M. J., & Wiers, R. W. (2012). Implicit and explicit self-esteem as concurrent predictors of suicidal ideation, depressive

- symptoms, and loneliness. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(1), 638–646. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2011.09.006>
- Daffern, M., Simpson, K., Ainslie, H., & Chu, S. (2018). The impact of an intensive inpatient violent offender treatment programme on intermediary treatment targets, violence risk and aggressive behaviour in a sample of mentally disordered offenders *. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 29(2), 163–188. doi: 10.1080/14789949.2017.1352014
- De Ridder, D., Geenen, R., Kuijer, R., & van Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *The Lancet*, 372(9634), 246–255.
- Deffenbacher, J. L. (1999). Cognitive-behavioral conceptualization and treatment of anger. *Journal of Clinical Psychology*, 55(3), 295–309.
- Deffenbacher, J. L., & McKay, M. (2000). *Overcoming situational and general anger: A protocol for the treatment of anger based on relaxation, cognitive restructuring, and coping skills training*. New Harbinger Publications.
- Deffenbacher, J. L., Oetting, E. R., Lynch, R. S., & Morris, C. D. (1996). The expression of anger and its consequences. *Behaviour Research and Therapy*, 34(7), 575–590.
- DiGiuseppe, R., & Tafrate, R. C. (2003). Anger treatment for adults: A meta-analytic review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(1), 70–84.
- Dirmaier, J., Harfst, T., Koch, U., & Schulz, H. (2006). Therapy goals in inpatient psychotherapy: Differences between diagnostic groups and psychotherapeutic orientations. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 13(1), 34–46.
- Dollard, J., Miller, N. E., Doob, L. W., Mowrer, O. H., & Sears, R. R. (1939). Frustration and aggression.
- Dougan, D. (2010). *Can you see the beauty? Nonviolent communication as counter narrative in the lives of former prisoners*. Washington State University.
- Dube, M., Leveillee, S., & Hodgins, S. (1994). AGGRESSIVE-BEHAVIOR OF PEOPLE WITH SCHIZOPHRENIA. *Can. Psychol.-Psychol. Can.*, 35(2A), 194–194.
- Ekman, P. (2003). *Emotions revealed : recognizing faces and feelings to improve communication and emotional life / Paul Ekman*. New York: New York : Times Books.

- Engel, B. (2007). *화의 심리학 : 성공하는 사람은 화내는 법이 다르다* (김재홍 역). 서울 : 용오름.
- Falkenbach, D. M., Howe, J. R., & Falki, M. (2013). Using self-esteem to disaggregate psychopathy, narcissism, and aggression. *Personality and Individual Differences*, 54(7), 815. doi: 10.1016/j.paid.2012.12.017
- Ferri, J., Schmidt, J., Hajcak, G., & Canli, T. (2016). Emotion regulation and amygdala-precuneus connectivity: focusing on attentional deployment. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 16(6), 991-1002.
- Garofalo, C., Holden, C. J., Zeigler-Hill, V., & Velotti, P. (2016). Understanding the connection between self-esteem and aggression: The mediating role of emotion dysregulation. *Aggressive Behavior*, 42(1), 3-15. doi: 10.1002/ab.21601
- Greenberg, J., Solomon, S., Pyszczynski, T., Rosenblatt, A., Burling, J., Lyon, D., . . . Pinel, E. (1992). Why do people need self-esteem? Converging evidence that self-esteem serves an anxiety-buffering function. *Journal of personality and social psychology*, 63(6), 913.
- Hamrin, V., Iennaco, J., & Olsen, D. (2009). A review of ecological factors affecting inpatient psychiatric unit violence: Implications for relational and unit cultural improvements. *Issues in Mental Health Nursing*, 30(4), 214-226.
- Henwood, K. S., Chou, S., & Browne, K. D. (2015). A systematic review and meta-analysis on the effectiveness of CBT informed anger management. *Aggression and Violent Behavior*, 25, 280-292.
- Hoeve, M., Colins, O. F., Mulder, E. A., Loeber, R., Stams, G. J. J., & Vermeiren, R. R. (2015). The association between childhood maltreatment, mental health problems, and aggression in justice-involved boys. *Aggressive Behavior*, 41(5), 488-501.
- Horsseelenberg, E. M. A., van Busschbach, J. T., Aleman, A., & Pijnenborg, G. H. M. (2016). Self-Stigma and Its Relationship with Victimization, Psychotic Symptoms and Self-Esteem among People with Schizophrenia Spectrum Disorders. *PLoS ONE*, 11(10), urn:issn:1932-6203. doi: 10.1371/journal.pone.0149763
- Hubbard, J. A., Smithmyer, C. M., Ramsden, S. R., Parker, E. H., Flanagan, K. D., Dearing, K. F., . . . Simons, R. F. (2002). Observational, Physiological, and Self-Report Measures of Children's Anger: Relations to Reactive versus Proactive

- Aggression. *Child development*, 73(4), 1101–1118. doi: 10.1111/1467–8624.00460
- Hulley, W. C. (2006). Mindful counseling: NVC as a Mahayana skillful means. Unpublished
- Inoue, M., Tsukano, K., Muraoka, M., Kaneko, F., & Okamura, H. (2006). Psychological impact of verbal abuse and violence by patients on nurses working in psychiatric departments. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60(1), 29–36. doi: 10.1111/j.1440–1819.2006.01457.x
- Jacob, G. A., Gabriel, S., Roepke, S., Stoffers, J. M., Lieb, K., & Lammers, C.–H. (2010). Group Therapy Module to Enhance Self–Esteem in Patients with Borderline Personality Disorder: A Pilot Study. *International Journal of Group Psychotherapy*, 60(3), 373–387. doi: 10.1521/ijgp.2010.60.3.373
- Jalil, R., Huber, J., Sixsmith, J., & Dickens, G. (2019). Incremental Validity of Patients' Self–Reported Anger Beyond Structured Professional Judgment Tools in the Prediction of Inpatient Aggression. *International Journal of Forensic Mental Health*, <xocs:firstpage xmlns:xocs=""/>. doi: 10.1080/14999013.2019.1588432
- James, D. V., Fineberg, N., Shah, A., & Priest, R. G. (1990). AN INCREASE IN VIOLENCE ON AN ACUTE PSYCHIATRIC–WARD – A STUDY OF ASSOCIATED FACTORS. *Br. J. Psychiatry*, 156, 846–852.
- Johnson, S. (1997). Dual diagnosis of severe mental illness and substance misuse: a case for specialist services? *The British Journal of Psychiatry*, 171(3), 205–208.
- Jones, L., Scott, J., Haque, S., Gordon–Smith, K., Heron, J., Caesar, S., . . . Lyon, L. (2005). Cognitive style in bipolar disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 187(5), 431–437.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156.
- Kang, S. J., Ko, S. H., Kim, J. Y., & Kim, S. R. (2018). Effects of a mental fitness positive psychology intervention program on inpatients with schizophrenia in South Korea: A feasibility study. *Perspectives in Psychiatric Care*, <xocs:firstpage xmlns:xocs=""/>. doi: 10.1111/ppc.12332
- Kumar, S., Guite, H., & Thornicroft, G. (2001). Service users' experience of violence within a mental health system: A study using grounded theory approach. *Journal of mental health*,

10(6), 597-611.

- Lök, N., Bademli, K., & Canbaz, M. (2018). The effects of anger management education on adolescents' manner of displaying anger and self-esteem: A randomized controlled trial. *Archives of psychiatric nursing*, 32(1), 75-81.
- Lamanna, D., Ninkovic, D., Vijayaratnam, V., Balderson, K., Spivak, H., Brook, S., & Robertson, D. (2016). Aggression in psychiatric hospitalizations: a qualitative study of patient and provider perspectives. *Journal of mental health*, 25(6), 536-542.
- Lee, A. H., & Digiuseppe, R. (2018). Anger and aggression treatments: a review of meta-analyses. *Current Opinion in Psychology*, 19, 65-74. doi: 10.1016/j.copsyc.2017.04.004
- Leu, L. (2018). 비폭력대화 워크북: 개인과 연습모임을 위한 가이드(한국 NVC 센터 역). 서울: 한국 NVC센터
- Lerner, J. S., & Keltner, D. (2001). Fear, anger, and risk. *Journal of personality and social psychology*, 81(1), 146.
- Liberman, R. P., Derisi, W. J., & Mueser, K. T. (2000). 정신과 환자를 위한 사회기술훈련. (김철권, 변원탄 역). 서울: 하나의학사.
- Linehan, M., Frances, A., & Dawkins, K. (1995). *Treating borderline personality disorder: The dialectical approach*: Guilford Publications Incorporated.
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social science & medicine*, 71(12), 2150-2161.
- Mahon, N. E., Yarcheski, A., Yarcheski, T. J., & Hanks, M. M. (2010). A meta-analytic study of predictors of anger in adolescents. *Nursing research*, 59(3), 178-184.
- Malarchick, E. (2000). The buffering effects of positive self-verbalizations on anger induced from film.
- Marlow, E., Nyamathi, A., Grajeda, W. T., Bailey, N., Weber, A., & Younger, J. (2012). Nonviolent communication training and empathy in male parolees. *Journal of Correctional Health Care*, 18(1), 8-19.
- McNiel, D. E., Greenfield, T. K., Attkisson, C., & Binder, R. L. (1989). Factor structure of a brief symptom checklist for acute psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 45(1), 66-72. doi: 10.1002/1097-4679(198901)45:1<66::AID-JCLP2270450109>3.0.CO2-W
- McLaren, K. (2014). *감정읽기 : 상처받지 않고 살아가는 법* (전혜영

- 역).: 서울: 지식의숲.
- Meehan, T., McIntosh, W., & Bergen, H. (2006). Aggressive behaviour in the high-secure forensic setting: the perceptions of patients. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 13(1), 19–25. doi: 10.1111/j.1365-2850.2006.00906.x
- Meehan, T., McIntosh, W., & Bergen, H. (2006). Aggressive behaviour in the high-secure forensic setting: the perceptions of patients. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 13(1), 19–25.
- Motulsky, H. (2017). (직관으로 이해하는) 의학통계학 : 통계적 사고를 위한 비수학적 가이드(정세영 역). 서울 : 대한의학서적.
- Morrison, G. M., & Sandowicz, M. (1994). Importance of social skills in the prevention and intervention of anger and aggression. *Anger, hostility, and aggression: Assessment, prevention, and intervention strategies for youth*, 345–392.
- Museux, A.-C., Dumont, S., Careau, E., & Milot, É. (2016). Improving interprofessional collaboration: The effect of training in nonviolent communication. *Social work in health care*, 55(6), 427–439.
- Nijman, H., Bowers, L., Oud, N., & Jansen, G. (2005). Psychiatric nurses' experiences with inpatient aggression. *Aggressive Behavior*, 31(3), 217–227.
- Novaco, R. W., & Taylor, J. L. (2015). Reduction of assaultive behavior following anger treatment of forensic hospital patients with intellectual disabilities. *Behaviour Research and Therapy*, 65, 52–59.
- Nugteren, W., van der Zalm, Y., Hafsteinsdóttir, T. B., van der Venne, C., Kool, N., & van Meijel, B. (2016). Experiences of Patients in Acute and Closed Psychiatric Wards: A Systematic Review. *Perspectives in Psychiatric Care*, 52(4), 292–300. doi: 10.1111/ppc.12125
- Oliveira, S. E., Carvalho, H., & Esteves, F. (2016). Internalized stigma and quality of life domains among people with mental illness: the mediating role of self-esteem. *Journal of mental health*, 25(1), 55–61.
- Otte, S., Streb, J., Rasche, K., Franke, I., Segmiller, F., Nigel, S., . . . Dudeck, M. (2019). Self-aggression, reactive aggression, and spontaneous aggression: Mediating effects of self-esteem and psychopathology. *Aggressive Behavior*, 45(4), 408–416. doi: 10.1002/ab.21825

- Ow, C.-Y., & Lee, B.-O. (2015). Relationships between perceived stigma, coping orientations, self-esteem, and quality of life in patients with schizophrenia. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 27(2), NP1932–NP1941.
- Pearson, M., Wilmot, E., & Padi, M. (1986). A study of violent behaviour among in-patients in a psychiatric hospital. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 149, 232–235.
- Pillay, S. S. (2018). *멍 때리기의 기적 : 생각을 멈추고 여유를 찾는 뇌의 비밀*(안기순 역). 파주 : 김영사.
- Ramirez, J. M., & Andreu, J. M. (2006). Aggression, and some related psychological constructs (anger, hostility, and impulsivity) Some comments from a research project. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 30(3), 276–291.
- Ramplang, J., Furtado, V., Winsper, C., Marwaha, S., Lucca, G., Livanou, M., & Singh, S. P. (2016). Non-pharmacological interventions for reducing aggression and violence in serious mental illness: A systematic review and narrative synthesis. *European Psychiatry*, 34, 17–28. doi: 10.1016/j.eurpsy.2016.01.2422
- Rasmussen, K., & Levander, S. (1996). Individual Rather Than Situational Characteristics Predict Violence in a Maximum Security Hospital. *Journal of Interpersonal Violence*, 11(3), 376–390. doi: 10.1177/088626096011003005
- Renshaw, K. D., & Kiddie, N. S. (2012). Internal anger and external expressions of aggression in OEF/OIF veterans. *Military Psychology*, 24(3), 221–235.
- Riemer, D. (2009). Creating sanctuary: Reducing violence in a maximum security forensic psychiatric hospital unit. *On the Edge*, 15(1), 10–16.
- Ritsher, J. B., & Phelan, J. C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry research*, 129(3), 257–265.
- Rosenberg, M. (1965). Rosenberg self-esteem scale (SES). *Society and the adolescent self-image*.
- Rosenberg, M. B. (2002). *Nonviolent communication: A language of compassion*: Puddledancer press.

- Rosenberg, M. B. (2004). *비폭력 대화 : 일상에서 쓰는 평화의 언어, 삶의 언어*(캐서린 한 역). 서울 : 바오.
- Rosenberg, M. B. (2016). *(NVC) 비폭력 대화 : 인성, 갈등, 화해*(김온양, 이화자 역). 광주 : 북스타.
- Rosenberg, M. B. (2017). 분노의 놀라운 목적(정진욱 역). 서울 : 한국 NVC 센터.
- Scheidt, C. E., Kunze, M., Wangler, J., Klar, M., Waller, N., & Hasenburg, A. (2008). Psychological consequences of perinatal loss in subsequent pregnancies—a comparative study. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 58(12), 475–478.
- Schomerus, G., Evans-Lacko, S., Rüsch, N., Mojtabai, R., Angermeyer, M. C., & Thornicroft, G. (2014). Collective levels of stigma and national suicide rates in 25 European countries. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 24(2), 166–171. doi: 10.1017/S2045796014000109
- Schomerus, G., Matschinger, H., & Angermeyer, M. (2014). Causal beliefs of the public and social acceptance of persons with mental illness: a comparative analysis of schizophrenia, depression and alcohol dependence. *Psychological medicine*, 44(2), 303–314.
- Schrank, B., Amering, M., Hay, A. G., Weber, M., & Sibitz, I. (2014). Insight, positive and negative symptoms, hope, depression and self-stigma: a comprehensive model of mutual influences in schizophrenia spectrum disorders. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 23(3), 271–279.
- Self-Esteem, C. T. F. t. P., Personal, & Responsibility, S. (1990). *Toward a state of esteem: the final report of the California Task Force to Promote Self-esteem and Personal and Social Responsibility*: California Dept of Education.
- Semmelroth, C., & Smith, D. (2004). *Anger Habit: Proven Principles to Calm the Stormy Mind*: Sourcebooks, Inc.
- Seo, M.-K., & Kim, C.-N. (2004). Effects of perceived stigma on life satisfaction and self-esteem of the mental illness. *Korean Journal of Social Welfare*, 56.
- Sharfstein, S. S., & Dickerson, F. B. (2009). Hospital psychiatry for the twenty-first century. *Health Affairs*, 28(3), 685–688.
- Siegmán, A., & Smith, T. (1994). Anger, hostility, and the heart. Hillsdale, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Silverstone, P. H., & Salsali, M. (2003). Low self-esteem and psychiatric patients: Part I-The relationship between low

- self-esteem and psychiatric diagnosis. *Annals of general hospital psychiatry*, 2(1), 2.
- Spielberger, C. D. (1985). The experience and expression of anger: Construction and validation of an anger expression scale. *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders*, 5–30.
- Spielberger, C. D., Krasner, S. S., & Solomon, E. P. (1988). The experience, expression, and control of anger *Individual differences, stress, and health psychology* (pp. 89–108): Springer.
- Stahl, S. (2015). 심리학, 자존감을 부탁해 : 온전히 나답게 살기 위한 자존감 연습(김시형 역). 고양 : 갈매나무.
- Stewart, D., & Bowers, L. (2013). Inpatient verbal aggression: content, targets and patient characteristics. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 20(3), 236–243. doi: 10.1111/j.1365-2850.2012.01905.x
- Suarez, A., Lee, D. Y., Rowe, C., Gomez, A. A., Murowchick, E., & Linn, P. L. (2014). Freedom project: Nonviolent communication and mindfulness training in prison. *Sage Open*, 4(1), 2158244013516154.
- Talbot, F., Harris, G. E., & French, D. J. (2009). Treatment outcome in psychiatric inpatients: The discriminative value of self-esteem. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 39(3), 227–241.
- Tavris, C. (2017). The gadfly: our angry era. *Skeptic (Altadena, CA)*, 22(3), 6–8.
- Taylor, H., & Reyes, H. (2012). Self-efficacy and resilience in baccalaureate nursing students. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 9(1), 1–13.
- Wacker, R., & Dziobek, I. (2018). Preventing empathic distress and social stressors at work through nonviolent communication training: A field study with health professionals. *Journal of occupational health psychology*, 23(1), 141.
- Wardetzki, B. (2015). 나는 유독 그 사람이 힘들다 : 자기중심적인 사람들 사이에서 자존감과 성취감을 지키는 지혜. (김세나 역). 서울: 와이즈베리: 미래엔.
- Wilkowski, B. M., & Robinson, M. D. (2010). The anatomy of anger: An integrative cognitive model of trait anger and reactive aggression. *Journal of personality*, 78(1), 9–38.
- Wood, L., Byrne, R., Enache, G., & Morrison, A. P. (2018). A brief

- cognitive therapy intervention for internalised stigma in acute inpatients who experience psychosis: A feasibility randomised controlled trial. *Psychiatry research*, 262, 303–310. doi: 10.1016/j.psychres.2017.12.030
- Wright, K., Duxbury, J., Baker, A., & Crumpton, A. (2014). A qualitative study into the attitudes of patients and staff towards violence and aggression in a high security hospital. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 21(2), 184–188.
- Zarshenas, L., Baneshi, M., Sharif, F., & Moghimi Sarani, E. (2017). Anger management in substance abuse based on cognitive behavioral therapy: an interventional study.(Report). *BMC Psychiatry*, 17(1). doi: 10.1186/s12888-017-1511-z
- Zubi, Y., & Connolly, P. (2013). Recollected experiences of first hospitalisation for acute psychosis among persons diagnosed with schizophrenia in South Africa. *South African Journal of Psychiatry*, 19(3), 81–82.
- Zuzelo, P. R., Curran, S. S., & Zeserman, M. A. (2012). Registered nurses' and behavior health associates' responses to violent inpatient interactions on behavioral health units. *Journal of the American Psychiatric Nurses*

부록 1. 연구대상자 보호 심의결과 통보서

서울대학교의과대학/서울대학교병원
의학연구윤리심의위원회



서울대학교의과대학/서울대학교병원 의학연구윤리심의위원회	
Tel : 82-02-2072-0694/2266	
FAX : 82-02-3675-6824	서울특별시 종로구 대학로 101번지 (우)03080

심의결과통보서

IRB No.	H-1701-092-825		제출경로	서울대병원	
수신	책임연구자	김지연	소속	간호본부	직위 간호직
	의뢰기관				
연구과제명	비폭력대화 기반 분노 조절 프로그램이 정신질환자의 자아 존중감과 분노 및 공격행동에 미치는 효과				
Protocol No.			Version No.		
생명 윤리법에 따른 분류	<input checked="" type="checkbox"/> 인간대상연구 <input type="checkbox"/> 인체유래물연구 <input type="checkbox"/> 배아줄기세포주이용연구 <input type="checkbox"/> 배아연구 <input type="checkbox"/> 체세포복제배아연구 <input type="checkbox"/> 단성생식배아연구 <input type="checkbox"/> 배아생성의료기관 <input type="checkbox"/> 인체유래물은행				
연구종류	임상 <input type="checkbox"/> 시험외 연구	<input type="checkbox"/> 종례보고 <input type="checkbox"/> 생태학적 연구 <input type="checkbox"/> 단면조사연구 <input type="checkbox"/> 조사, 설문, 인터뷰 연구 <input type="checkbox"/> 환자군 연구 <input type="checkbox"/> 환자-대조군연구 <input type="checkbox"/> 인체유래물저장소 연구 <input type="checkbox"/> 등록(레지스트리) 연구 <input type="checkbox"/> 시판후사용성적조사 <input type="checkbox"/> 전향적 코호트 연구 <input type="checkbox"/> 후향적 코호트연구 <input type="checkbox"/> 기타			
		<input checked="" type="checkbox"/> 임상 시험	연구 대상	<input type="checkbox"/> 의약품 <input type="checkbox"/> 생물학적제제 <input type="checkbox"/> 건강기능식품 <input type="checkbox"/> 의료기기 <input type="checkbox"/> 기타	
	Phase		<input type="checkbox"/> 제1상 <input type="checkbox"/> 제1/2상 <input type="checkbox"/> 제2상 <input type="checkbox"/> 제2/3상 <input type="checkbox"/> 제3상 <input type="checkbox"/> 제4상 <input type="checkbox"/> 생물학적동등성 <input type="checkbox"/> 기타		
	식약처 승인 대상 여부		<input type="checkbox"/> 식약처승인대상 <input checked="" type="checkbox"/> 승인 제외 대상		
	임상시험 목적		<input checked="" type="checkbox"/> 학술용 <input type="checkbox"/> 국내 (MFDS)허가용 <input type="checkbox"/> 해외 허가용		
	연구계획서승인일	2017년 07월 19일 (정기보고주기 : 12개월)			
승인유효 만료일	2018년 07월 18일		심의대상	연구계획서의 의뢰서(수정후신속 심의에 대한 답변)	
심의종류	신속심의		심의일자	2017년 07월 18일	
접수일자	2017년 07월 07일		심의결과통보일	2017년 07월 19일	
심의목록	1. 연구계획서의 의뢰서(수정후신속심의에 대한 답변) 2. 연구계획서 3. 연구대상자 설명문 및 동의서 4. 종례기록서				
심의결과	승인				
연구의 위험도	저위험 연구(low risk)				
심의의견	심의의견에 따라 적절하게 수정되었고 IRB승인기준에 부합하여 승인합니다.				

의 학 연 구 윤 리 심 의 위 원 회 위 원 장

본 통보서에 기재된 사항은 IRB의 기록된 내용과 일치 함을 증명합니다.
 본 기관 IRB는 생명윤리 및 안전에 관한 법률, 약사법, 의료기기법 및 ICH-GCP 등 관련 법규를 준수합니다.
 본 연구와 이해관계 (Conflict of Interest)가 있는 위원이 있을 경우 연구의 심의에서 배제하였습니다.

서울대학교의과대학/서울대학교병원
의학연구윤리심의위원회



서울대학교의과대학/서울대학교병원 의학연구윤리심의위원회

Tel : 82-02-2072-0694/2266

FAX : 82-02-3675-6824

서울특별시 종로구 대학로 101번지 (우)03080

심의결과통보서

IRB No.	H-1701-092-825		제출경로	서울대병원		
수신	책임연구자	김지연	소속	간호본부	직위	간호직
	의뢰기관					
연구과제명	비폭력대화 기반 분노 조절 프로그램이 정신질환자의 자아 존중감과 분노 및 공격행동에 미치는 효과					
Protocol No.			Version No.			
생명 윤리법에 따른 분류	<input checked="" type="checkbox"/> 인간대상연구 <input type="checkbox"/> 인체유래물연구 <input type="checkbox"/> 배아줄기세포포지용연구 <input type="checkbox"/> 배아연구 <input type="checkbox"/> 체세포복제배아연구 <input type="checkbox"/> 단성생식배아연구 <input type="checkbox"/> 배아생성의료기관 <input type="checkbox"/> 인체유래물은행					
연구종류	임상 <input type="checkbox"/> 시험외 연구	<input type="checkbox"/> 종례보고 <input type="checkbox"/> 생태학적 연구 <input type="checkbox"/> 단면조사연구 <input type="checkbox"/> 조사, 설문, 인터뷰 연구 <input type="checkbox"/> 환자군 연구 <input type="checkbox"/> 환자-대조군연구 <input type="checkbox"/> 인체유래물저장소 연구 <input type="checkbox"/> 등록(레지스트리) 연구 <input type="checkbox"/> 시판후사용성적조사 <input type="checkbox"/> 전향적 코호트 연구 <input type="checkbox"/> 후향적 코호트연구 <input type="checkbox"/> 기타				
		<input checked="" type="checkbox"/> 임상 시험 <div>연구 대상</div> <div>Phase</div> <div>식약처 승인 대상 여부</div> <div>임상시험 목적</div>	<input type="checkbox"/> 의약품 <input type="checkbox"/> 생물학적제제 <input type="checkbox"/> 건강기능식품 <input type="checkbox"/> 의료기기 <input type="checkbox"/> 기타 <div>일반명</div> <div>상품명</div> <input type="checkbox"/> 제1상 <input type="checkbox"/> 제1/2상 <input type="checkbox"/> 제2상 <input type="checkbox"/> 제2/3상 <input type="checkbox"/> 제3상 <input type="checkbox"/> 제4상 <input type="checkbox"/> 생물학적동등성 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 식약처 승인 <input type="checkbox"/> 식약처승인대상 <input checked="" type="checkbox"/> 승인 제외 대상 <input checked="" type="checkbox"/> 학술용 <input type="checkbox"/> 국내 (MFDS)허가용 <input type="checkbox"/> 해외 허가용			
	연구계획서승인일 2017년 07월 19일 (정기보고주기 : 12개월)					
	승인유효 만료일 2019년 07월 18일 심의대상 연차지속심의 의뢰서					
	심의종류 정극심의 심의일자 2018년 06월 28일					
	접수일자 2018년 06월 19일 심의결과통보일 2018년 07월 04일					
심의목록 1. 연차지속심의						
심의결과 승인						
연구의 위험도 저위험 연구(low risk)						
심의의견 ->연구진행점검양식에 따른 연구 진행 상황에 대하여 검토하였고, IRB 승인 기준에 따라 승인합니다.						

의학연구윤리심의위원회 위원장

본 통보서에 기재된 사항은 IRB의 기록된 내용과 일치 함을 증명합니다.

본 기관 IRB는 생명윤리 및 안전에 관한 법률, 약사법, 의료기기법 및 ICH-GCP 등 관련 법규를 준수합니다.

본 연구와 이해관계(Conflict of Interest)가 있는 위원이 있을 경우 연구의 심의에서 배제하였습니다.



서울대학교의과대학/서울대학교병원
의학연구윤리심의위원회



서울대학교의과대학/서울대학교병원 의학연구윤리심의위원회

Tel : 82-02-2072-0694/2266

FAX : 82-02-3675-6824

서울특별시 종로구 대학로 101번지 (우)03080

본 위원회에서 승인된 모든 연구자들은 다음의 사항을 준수하여야 합니다.

1. 연구계획서 및 변경계획서의 승인 이전에 연구대상자의 해당 임상연구 참여 금지됩니다.
2. 승인 받은 계획서에 따라 연구를 수행하여야 합니다. 변경계획서에 대한 승인 이전에 원 임상연구 계획서와 다른 임상연구의 실시가 금지됩니다.
3. IRB 승인 받은 동의서를 사용하여야 합니다.
4. 연구대상자에게 강제 혹은 부당한 영향이 없는 상태에서 충분한 설명에 근거하여 동의과정을 수행할 것이며, 잠재적인 연구대상자에게 연구의 참여여부를 고려할 수 있도록 충분한 기회를 제공하여야 합니다.
5. 연구진행에 있어 연구대상자를 보호하기 위해 불가피한 경우를 제외하고 연구의 어떠한 변경이든 위원회의 사전승인을 받고 수행하여야 합니다. 연구대상자들의 보호를 위해 취해진 어떠한 응급상황에서의 변경도 즉각 위원회에 보고하여야 합니다.
6. 연구대상자의 즉각적 위험 요소의 제거가 필요하여 원 계획서와 다르게 연구를 실시 해야하는 경우, 연구대상자에게 발생하는 위험요소를 증가 시키거나 연구의 실시에 중대한 영향을 미칠 수 있는 변경사항, 예상하지 못한 중대한 이상약물/의료기기 반응에 관한 사항, 피험자의 안전성이나 임상연구의 실시에 부정적인 영향을 미칠 수 있는 새로운 정보에 관한 사항은 위원회에 신속히 보고하여야 합니다.
7. 위원회의 승인을 받은 피험자 모집 광고문을 사용해야 합니다.
8. 위원회의 승인은 1년을 초과할 수 없습니다. 1년 이상 연구를 지속하고자 하는 경우에는 반드시 연차지속보고를 하여야 하며, 위원회에서 요구한 중간보고주기에 따라 연구 진행과 관련한 보고서를 제출하여야 합니다.
9. 심의결과가 승인이 아닌 경우에는 답변서를 제출하여야 하며, 심의일로부터 6개월 이내에 이루어져야 합니다.
10. 위원회의 의견에 대해 미의가 있는 경우 결정사항을 통보 받은 후 1개월 이내에 미의신청을 할 수 있으며, 같은 사항에 대하여 한 번의 미의 신청만 가능합니다.
11. 연구종료시에는 종료 및 결과보고서를 제출해야 합니다.
12. 생명윤리 및 안전에 관한 법률, 약사법/의료기기법, 헬싱키 선언 및 ICH-GCP 가이드 라인 등 국내외 관련 법규를 준수하여야 합니다.
13. 헬싱키선언에 따라 모든 임상연구는 첫 피험자를 모집하기 전 공개적으로 접근이 가능한 데이터베이스(primary registry)에 연구에 대하여 공개하여야 하며, 예를 들어 (<http://register.clinicaltrials.gov>)를 이용하실 수 있습니다.
14. 승인 받은 연구에 대하여 기관의 내부 점검 및 외부의 실태조사를 받을 수 있습니다. 기관의 내부 점검자, 외부의 모니터요원 및 점검자, 규제기관의 실태조사자 등이 연구 관련 문서(전자문서 포함)에 대한 열람을 요청하는 경우 연구담당자는 이에 적극 협조해야 합니다.

부록 2. 연구참여자유 설명서 및 동의서



IRB No:1701-092-925
심의결과통보일(Date of Notification):2018.07.04
IRB승인유효 만료일(Date of Expiry):2019.07.18

연구대상자 설명문

1. 임상시험 제목

비폭력대화 기반 분노조절 프로그램이 정신질환자의 자아 존중감과 분노 및 공격행동에 미치는 효과

2. 연구책임자

김지연 (서울대학교병원 보호병동(62병동) 간호사)

3. 임상시험의 배경 및 목적

이 연구는 정신건강의학과 보호병동에 입원한 정신질환자를 대상으로 한 '분노조절 프로그램'의 효과를 파악하기 위한 연구목적으로 수행됩니다.

연구에 사용되는 '분노조절 프로그램'은 국내외 문헌을 참고하여 본 연구자가 병동 환경에 맞게 응용한 프로그램입니다. 비폭력대화 모델을 기반으로 사용한 본 프로그램은 대상자의 다양한 느낌과 욕구를 찾고 표현하는 과정에서 자아 존중감을 높이고 분노를 느끼는 상황과 분노를 표현하는 방식을 탐색하고 분노하게 하는 비합리적인 생각이나 느낌을 변화시켜 스스로 분노를 조절하고 더 나아가 긍정적으로 분노를 표현하는 방법을 습득하는데 목적이 있습니다. 본 연구를 통해 '분노조절 프로그램'이 대상자의 자아 존중감, 분노, 공격행동에 미치는 영향을 파악하여, 효과적인 간호 중재 프로그램이 될 수 있는지 확인하고자 합니다.

4. 임상시험 참여대상자 수 및 참여기간

본 연구는 우리 병원 정신건강의학과 보호병동에서 각 대조군과 시험군 28명씩 총 56명을 모집하고자 합니다. 본 연구는 실험의 확산효과를 방지하기 위하여 대조군 먼저 자료수집을 실시할 계획입니다. 귀하가 대조군으로 선정되었을 경우 2주 간격으로 설문지만 작성하게 됩니다. 프로그램에 한 정보를 원하신다면 2주 종료되는 시점에 NVC(Nonviolent Communication, 비폭력대화) 책자를 제공할 것입니다.

귀하가 실험군으로 선정되었을 경우, 약 6회기의 프로그램에 참석하며 각 회기는 약 45분의 시간이 소요됩니다. 연구 기간은 총 2주이며 입원 기간 중 실시 되어 따로 병원을 방문해야 하는 번거로움이 없습니다. 프로그램 1회기 시작 전과 6회기 참여 후 총 2회에 걸쳐 귀하의 자아 존중감, 분노, 공격행동을 측정하는 설문지를 작성하게 되며 설문지 작성은 약 10분 정도 소요됩니다.

5. 임상시험 방법

귀하가 연구에 참여하게 될 경우, 귀하는 프로그램에 직접 참여하고 설문지를 작성하거나, 프로그램 참여 없이 설문지만 작성하게 될 것입니다. 프로그램 참여 여부는 연구자가 임의로 배정할 것입니다.

연구가 진행되는 동안 필요한 침습적 시술(천공이나 내시경 등의 수술), 검사 등은 없으며 제한 사항

이나 준수해야 할 사항 또한 따로 없습니다.
 프로그램 구성 및 내용은 다음과 같습니다.

회기	소주제	목표 및 세부내용
1	느낌과 욕구에 대해 알아보기	그로그 카드게임 나의 느낌을 찾아보고, 욕구가 충족되었는지 여부와 느낌사이의 관계를 이해한다.
2	관찰, 느낌, 욕구, 부탁의 순서로 솔직하게 말하기	나에게 자극이 되는 상황에서 '평가'가 아닌 '관찰'을 통해 왜곡된 사고를 막고, 솔직하게 말하는 훈련을 한다.
3	강요와 부탁을 구분하고, 거절하기 및 거절하는 말 듣기 연습하기	역할극 상대방으로부터 No라는 말 듣고, 상대방에게 No라고 말하는 구체적인 방법을 훈련한다. 상대방의 욕구를 찾아본다.
4	자기공감 및 자기 용서, 감사하기	역할극 지난 날 후회되는 행동에 대해 자기 용서를 하는 구체적인 방법을 교육하고 감사하기를 비폭력대화모델로 말해본다.
5	분노 감정 이해하기	분노상황에서 내가 가지고 있는 왜곡된 사고를 찾고, 당시 느낌과 충족되지 않은 욕구가 무엇인지 찾아본다.
6	분노 감정 표현하기	역할극 분노상황에서 관찰, 느낌, 욕구, 부탁으로 말해보기

1회기(느낌과 욕구에 대해 알아보기) 프로그램에서는 솔직하게 말하기 위해서 자신의 느낌이 무엇인지 찾고 필요한 욕구를 발견하는 훈련을 통해 자아 존중감을 강화시켜 줍니다.

2회기(관찰, 느낌, 욕구, 부탁의 순서로 솔직하게 말하기) 프로그램에서는 자극이 되는 상황에서 '평가'가 아닌 '관찰'로 표현하게 하면서 인지적 반응을 기술하게 합니다.

3회기(강요와 부탁을 구분하고, 거절하기 및 거절하는 말 듣기 연습하기) 프로그램에서는 강요와 부탁의 다른 점을 구분하고, 상대방으로부터 거절하는 말을 듣거나 상대방에게 거절의사 표현하는 방법에 대해 알아봅니다.

4회기(자기공감 및 자기 용서, 감사하기) 프로그램에서는 지난 날 후회되는 행동에 대해 자기 공감 및 자기 용서를 하는 구체적인 방법을 알려드립니다. 자율성이 제한되는 물리적 일원 환경 뿐만 아니라 질병의 재발, 병식의 부족, 자기 스스로에 대한 수치심, 주변으로부터 부정적 피드백을 받은 대상자에게 있는 그대로 자신을 수용하고 공감해주는 과정을 통해 내면의 치료 효과를 기대할 수 있습니다.

5회기(분노 감정 이해하기) 프로그램에서는 분노의 정의, 기능을 설명하며 분노 조절의 필요성에 대해 강조하고 분노 할 때 나타나는 신체적, 정서적, 인지적 반응에 대해 알아 보면서, 분노했었던 구체적인 사례를 떠올려보고 그 때의 상황을 관찰과 느낌, 욕구, 부탁 순

서로 이야기해봅니다.

6회기(분노 감정 표현하기) 프로그램에서는 자신에게 일어나는 사건 때문에 마음고생을 하는 것이 아니라 오히려 그 사건을 바라보고 평가하는 방식 때문에 고통을 받게 된다는 것을 아는 것을 기본으로, 분노의 감정을 유발하는 상황을 객관적인 관찰로 바라보게 합니다.

6. 대안 치료 (임상시험 이외의 다른 대체 가능한 치료법)

귀하가 연구에 참여하지 않을 경우, 귀하가 받았던 기존의 입원 치료는 그대로 진행됩니다.

7. 연구대상자에게 예견되는 부작용, 위험과 불편함

본 연구의 설문지를 작성하는 동안 그 동안 보고된 잠재적 위험성이나 부작용은 없으나, 만약에 설문지 작성 동안에 불편함을 느끼게 될 경우 언제든지 참여를 철회할 수 있습니다.

귀하가 불편함을 느끼거나 증상이 나빠진다고 판단될 경우 바로 연구 참여를 멈출 것이고, 전문 의료진과 충분한 상의 후 필요한 증재를 제공할 예정입니다.

8. 연구대상자에게 예견되는 이득

귀하가 이 연구에 참여하는데 있어 직접적인 이득은 없습니다. 그러나 이 연구에 참여함으로써 자아존중감을 향상시키고 분노감정을 잘 조절하기 위한 증재 개발에 참여를 하신 것으로써 의의가 있을 것이라고 생각합니다.

9. 비용 및 보상

연구 참여 시 실시되는 '분노조절프로그램'에 대한 치료비, 설문지 검사에 지불하게 되는 비용은 없습니다. 하지만 연구에 참여하시게 되면 연구자가 준비한 소정의 기념품(약 5천원 상당)을 드립니다. 6회차 프로그램 참여 후 설문조사가 종료되면, 그 자리에서 직접 연구원이 기념품을 드릴 계획입니다. 또한, 중간에 퇴원하게 되어 6회기까지 참여가 어려우시게 되더라도 동일한 기념품을 드릴 계획입니다.

10. 자발적 참여/연구의 중단

본 연구에 참여를 결정하는 것은 자발적이며, 귀하가 참여하기로 이후에도 언제든지 자유롭게 연구 참여를 중단할 수 있습니다. 6회의 프로그램에 참여하기 전 퇴원을 하게 되거나, 도중 참여를 원치 않을 때 귀하의 향후 치료에 어떤 영향을 주지 않고, 아무런 불이익도 받지 않을 것입니다. 또한 연구참여 여부가 입원기간에 영향을 미치지 않을 것입니다.

11. 연구 관련 새로운 정보의 지속적 제공

연구 도중, 귀하의 연구 참여에 영향을 줄 수 있는 새로운 정보가 얻어지면 적시에 귀하께 알려드리겠습니다.

12. 손상 및 보상

만약 귀하가 연구 참여에 불편함을 느끼게 될 경우, 언제든지 자유롭게 연구 참여를 중단할 수 있습니다.

13. 비밀 보장

본 연구에는 이름, 주민등록번호, 집주소, 전화번호 등 귀하의 신상을 파악할 수 있는 설문내용은 포함되어 있지 않으며 응답하신 내용은 숫자로 변경되며 관련 서류는 비밀번호가 있는 문서로 보호될 것입니다.

관계법령에 따라 임상시험의 실시 절차를 검증하기 위하여 신상에 관한 비밀이 보호되는 범위에서 연구가 진행되는 과정 및 연구 종료 후에도 의무기록을 열람할 수 있고, 이는 서명한 동의서에 의하여 허용됩니다. 연구 서류는 연구실의 잠금 장치가 있는 서랍장에 보관될 것이고, 연구가 종료된 시점으로부터 최소 3년간 보관 후 폐기할 것입니다. 연구의 결과가 출판될 경우에도 귀하의 신상정보는 비밀상태로 유지될 것임을 알려드립니다.

14. 담당자 연락처

연구에 참여하는 대상자로서 윤리적인 문제 또는 대상자 권리에 대한 의문점이 있으면 직접 문의하실 수 있습니다.

의학연구윤리심의위원회 IRB (02-2072-0694) 또는 임상연구윤리센터 연락처(02-2072-3509)

연구자 김지연

연구대상자 동의서

1. 본인은 임상시험에 대해 구두로 설명을 받고 상기 연구 설명문을 읽었으며 담당 연구원과 이 연구에 대하여 충분히 의논하였습니다.
2. 본인은 연구의 위험과 이득에 관하여 들었으며 나의 질문에 만족할 만한 답변을 얻었습니다.
3. 본인은 이 연구에 참여하는 것에 대하여 자발적으로 동의합니다.
4. 본인은 이후의 치료에 영향을 받지 않고 언제든지 연구의 참여를 거부하거나 연구의 참여를 중도에 철회할 수 있고 이러한 결정이 나에게 어떠한 해가 되지 않을 것이라는 것을 알고 있습니다.
5. 본인은 이 설명서 및 동의서에 서명함으로써 의학 연구 목적으로 나의 개인정보가 현행 법률과 규정이 허용하는 범위 내에서 연구자가 수집하고 처리하는데 동의합니다.
6. 본인은 연구 설명문 및 동의서의 사본을 받을 것을 알고 있습니다.

연구대상자 성명	서명	날짜(년/월/일)
연구자 성명	서명	날짜(년/월/일)
법정대리인 성명 및 관계	서명	날짜(년/월/일)

부록 3. 자료수집 현황

대조군 2017.8.2~2017.11.30			실험군 2017.12.14~2018.12.4		
20001	pre	post	30001	pre	탈락
20002	pre	post	30002	pre	post
20003	pre	post	30003	pre	post
20004	pre	post	30004	pre	post
20005	pre	탈락	30005	pre	post
20006	pre	post	30006	pre	탈락
20007	pre	post	30007	pre	post
20008	pre	post	30008	pre	post
20009	pre	post	30009	pre	탈락
20010	pre	탈락	30010	pre	post
20011	pre	탈락	30011	pre	post
20012	pre	post	30012	pre	post
20013	pre	post	30013	pre	post
20014	pre	post	30014	pre	post
20015	pre	post	30015	pre	post
20016	pre	post	30016	pre	post
20017	pre	post	30017	pre	탈락
20018	pre	post	30018	pre	post
20019	pre	post	30019	pre	post
20020	pre	post	30020	pre	post
20021	pre	post	30021	pre	post
20022	pre	탈락	30022	pre	post
20023	pre	post	30023	pre	post
20024	pre	post	30024	pre	탈락
20025	pre	post	30025	pre	post
20026	pre	post	30026	pre	post
20027	pre	탈락	30027	pre	post
20028	pre	post	30028	pre	post
대조군 시작		대조군 최종	실험군 시작		실험군 최종
28		23	28		23

부록 4. 프로그램 활동자료

Nonviolent Communication(비폭력대화, 연민의 대화)

1회기

느낌(Feeling)과 욕구(Needs)

성숙한 사람은 여러 가지 감정과 미묘한 차이를 마치 교향곡의 여러 음처럼
강하고 정열적인 것부터 섬세하고 예민한 느낌까지 모두 구별할 능력이 있다. - 롤로 메이

느낌(Feeling)

☞ 느낌이란 외부나 내부의 자극에 대해 우리 몸과 마음에서 일어나는 반응이다. 느낌은 우리에게 필요한 것을 알려주는 경보기 같은 존재로, 욕구가 충족되었는지 그렇지 못한지의 상태를 알려주는 메신저messenger 역할을 한다.

☞ 느낌은 욕구 충족의 여부에 따라 달라진다.

이해, 수용, 지원과 같은 욕구가 충족되었을 때는 즐겁고, 행복하고, 편안하고, 흐뭇하고, 만족스럽다. 그러나 그러한 욕구가 충족되지 않았을 때는 불안하고, 우울하고, 허전하고, 슬프고, 괴로움을 느낀다. 느낌 뒤에 있는 욕구를 의식하고 그 욕구의 에너지와 연결함으로써 아프고 힘든 느낌에서 해방될 수 있다. 그러나 우리는 대개 힘들고 불편한 느낌이 들 때 그 느낌의 책임을 다른 사람에게 지우는 식으로 생각하는 데 익숙해져 있다.

☞ 자신의 느낌을 명확하게 의식하고 서로 솔직하게 표현할 수 있을 때 우리는 좀 더 쉽게 다른 사람과 원만하고 부드러운 정서적 유대관계를 이루고 유지할 수 있다. 특히 부부, 가족, 부모, 자녀 등 친밀한 관계에서는 서로가 어떻게 느끼고 있는지를 알고 배려하는 것이 중요하다. 같은 상황에서 같은 말을 들어도 모두가 다 다르게 느낄 수 있으며, 오직 자신만이 자기의 느낌에 확신을 가질 수 있다.

☞ NVC 에서는 실제 우리의 느낌을 표현하는 느낌말과 느낌을 나타내는 말처럼 들리지만 사실은 생각을 나타내는 말을 구별한다.

☞ 느낌을 표현할 때 생각(대개 분석, 비교, 비난, 해석, 스토리 만들기 등 머릿에서 나오는)이 섞인 말을 하면 내 느낌의 책임을 상대방에게 미루게 된다. 생각이나 평가가 섞인 말들은 그 밑에 있는 진정한 느낌을 찾아 표현하는 것이 중요하다.

다음과 같은 말들 뒤에는 생각, 평가, 판단, 비판이 따른다.

* 나는 ~~처럼 느낀다.

(예) 나는 나쁜 엄마처럼 느껴져. (자신에 대한 평가)

→ 나는 걱정이 된다, 나는 실망스럽다 등. (느낌)

* 나는 마치 ~~같이 느껴진다.

(예) 나는 마치 동네북같이 느껴진다.

⇒ 억울하다, 속상하다, 주눅이 든다, 울화가 치민다. 등.(느낌)

* 나는 OO(이름이나 인칭대명사) 가 ~~하다고 느껴진다.

(예) 나는 그 여자가 차갑다는 느낌이 든다. (그 사람에 대한 비판)

⇒ 불편하다, 서먹하다, 거리감이 느껴진다 등. (느낌)

연습. 느낌이 표현됐는지, 아니라면 표현하고자 하는 느낌은?

(1) 너는 나를 피곤하게 만들어. (느낌/생각)

(2) 사람들이 나를 좋아하지 않는 것 같다. (느낌/생각)

(3) 오랫동안 미루던 일을 마치고 나니 흥가분하다. (느낌/생각)

욕구(Needs)

☞ 우리가 하는 모든 행동은 어떤 욕구를 충족하려는 시도이다.

☞ 욕구는 이념, 언어, 지역, 나이, 문화를 넘어서는 보편적인universal 것이다.

☞ 욕구는 삶 자체에서 나오는 에너지로, 우리 내면의 긍정적인 힘이다. 사람이 살아가는 데 필요하고 중요하며 가치 있는 것으로, 삶에 생동감을 불어 넣어주는 에너지로 나타난다. 내면의 평화와 창조적이고 행복한 삶을 사는데 필수적인 조건이다.

☞ 욕구는 인간 모두가 똑같이 갖고 있는 보편적인 것이어서, 욕구 차원에서는 우리 모두가

느낌:-----

욕구:-----

(3) 배우자/이성친구에게 “당신 참 근사해.” 라는 말을 들었을 때

느낌:-----

욕구:-----

연습. 욕구 찾는 연습 다른 사람에 대한 비판은 충족되지 않은 자기욕구의 비극적인 표현이다. -마살

(1) 내가 ()을 “-----하다.”고 비판할 때

나의 충족되지 않은 욕구는 -----이다.

(2) 나는 “----- (한) 사람이 싫다.”고 말할 때

나의 충족되지 않은 욕구는 -----이다.

부장이, ‘나는 우리 부서 직원과 그 가족들의 건강과 행복을 중요하게 생각한다.’ 고 말하는 것을 세 번 들었는데, 지난달에 두 번 토요일 아침에 출근하라고 전화를 해서 주말에 일을 했다(관찰).

그걸 생각하면 실망스럽고, 답답하고 걱정이 된다(느낌). 왜냐하면 나는 사람들이 하는 말을 믿을 수 있기를 바라고, 또 가족과 함께 보내는 시간이 중요하고, 그것을 존중하고 배려해주리라는 것을 믿을 수 있기 때문이다(욕구).

부장의 느낌과 욕구는?

Abstract

Effects of the NVC-based Anger Management program for Self-Esteem, Anger Expression and Aggression of Psychiatric Inpatients

Ji-yeon Kim

Department of Nursing

The Graduate School

Seoul National University

People with severe mental disorders who are diagnosed of causing risks to others or themselves through suicides or homicides need to be admitted to mental health settings such as secure hospitals. However mentally ill patients are usually negative about being at a secure hospital and find it irrational and offending. This creates anger and frustration for the patients which makes them difficult to communicate in a healthy way. Patients have a hard time expressing their anger and this can lead to violence, self-injury, suicide, physical or verbal abuse, and social isolation. This study examined the impact of the NVC-based Anger Management program for self-esteem, anger expression of psychiatric inpatients in a closed psychiatric ward.

This NVC-based anger management program was developed using

the principles and techniques of the NVC model and aggression multiple mediation model of Garofalo. This study was designed with a quasi-experimental approach using a nonequivalent pretest-posttest control group. The participants of this study were psychiatric inpatients in S hospital, Seoul. A total of 44 participants were included in the experimental group (21 individuals) and the control group (23 individuals). Participants from the experimental group took part in six sessions of the NVC-based anger management program twice or three times a week (60 min per session) and those from the control group continued to participate in the usual program in the ward. Results showed there were significant differences between the experimental and the control groups in terms of changes in Anger Expression ($t = -2.425, p = .020$) and Anger Inhibition ($Z = -2.835, p = .005$) at the pretest and posttest. However, there were no significant changes regarding self-esteem ($t = 1.557, p = .127$) and aggression ($t = .266, p = .792$).

As the NVC-based anger management program improved anger management for patients who were not able to express their anger in a healthy way. The NVC-based anger management program can be used as an effective clinical program in the field of psychiatric nursing.

Keywords : Nonviolent Communication, Self-Esteem, Anger Expression, Aggression, Psychiatric Inpatient
Student Number : 2014-20381